

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



SAÚDE E JUSTIÇA ESPACIAL
A Geografia dos Serviços de Urgência na Área Metropolitana de Lisboa

Katielle Susane do Nascimento Silva

Orientador: Prof. Doutor Herculano Alberto Pinto Cachinho

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Geografia, especialidade de
Geografia Humana

2020



SAÚDE E JUSTIÇA ESPACIAL
A Geografia dos Serviços de Urgência na Área Metropolitana de Lisboa

Katielle Susane do Nascimento Silva

Orientador: Prof. Doutor Herculano Alberto Pinto Cachinho

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Geografia, especialidade de Geografia Humana

Júri:

Presidente: Doutor José Manuel Henriques Simões, Professor Catedrático e Presidente do Conselho Científico do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor Cláudio Jorge Moura de Castilho, Professor Associado
Departamento de Ciências Geográficas da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil;
- Doutora Ana Paula Santana Rodrigues, Professora Catedrática
Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra;
- Doutora Teresa Margarida Marcão Barata Salgueiro, Professora Emérita
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade Lisboa;
- Doutora Margarida Maria de Araújo Abreu Vilar de Queirós do Vale, Professora Associada
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa;
- Doutor Herculano Alberto Pinto Cachinho, Professor Associado
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa, orientador
- Doutor Fernando Jorge Pedro da Silva Pinto da Rocha, Professor Auxiliar
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa

Esta tese de doutoramento foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Brasil, através da bolsa de doutoramento pleno no exterior 1685-13-9.

Agradecimentos

“Faça uma lista de grandes amigos
Quem você mais via há dez anos atrás
Quantos você ainda vê todo dia
Quantos você já não encontra mais”

A Lista - Oswaldo Montenegro

Aquando da decisão de mudar de país para a realização deste doutoramento, lembro-me de pensar ingenuamente: “Vou ali, fico quatros anos e regresso.” Como se estivesse a pensar em mim como uma mala de viagem que se leva de um lugar para o outro, sem que as circunstâncias a afetem. Não pensei nos laços afetivos e intelectuais que seriam criados ao longo da minha caminhada enquanto aluna de doutoramento, os quais colocaram em prática o “djunta-mon” – palavra africana que significa a prática da solidariedade na realização de um projeto, neste caso, em particular, individual-coletivo.

Os (des)encontros ao longo da caminhada foram imprescindíveis para tornar o “novo lugar” no “meu lugar”, sentimento este que trouxe o (des)conforto emocional necessário para me ajudar na travessia que é a realização de um doutoramento. Todos os que fizeram esta travessia sabem que o caminho é árido e muitas vezes desértico, mas os oásis que vamos encontrando ao longo do trajeto permitem continuar a caminhada.

Os meus oásis estiveram dos dois lados do Atlântico, e é fundamental chegar nesta fase e agradecer todo o apoio direto e indireto, afetivo e intelectual, demonstrar minha gratidão e meu pedido de desculpas pela ausência física em datas e momentos importantes para muitos. E esse pedido de desculpas pesa ainda mais no atual contexto de pandemia, quando temos tolhida a prática do convívio e do abraço. Mas manteremos a esperança...

“Do lado de lá”...

Aos meus pais, que não apararam as minhas asas, mesmo sem entender muito bem o que eu faço e as horas que passo em frente ao computador, especialmente a minha mãe, que é meu símbolo de força e proteção. Meu muito obrigada!

Aos meus irmãos Rafael Ramos, que é minha referência de amor e perseverança, e Gabriel Ferreira, o nosso caçula, que traz toda a luz e alegria para uma casa só de adultos. Procurarei criar mais tempo para nós três, prometo! Agradeço ainda a minha cunhada Bela pela chance que meu deu de ter uma irmã.

Ao meu companheiro Clairton Jr., que muitas vezes acreditou nesta travessia mais do que eu, sempre incentivando e apoiando o meu voo mesmo sem saber para onde ele me levaria. Muito obrigada por tudo!

Estendo os agradecimentos a minha família materna (tias Livinha, Lídia e Edna; primas Mylena, Kívia, Júlia e Eva, e primo Rhuan; e a minha amada avó Júlia) que nunca cansou de demonstrar amor, admiração e procurou sempre mil e uma maneiras para que eu pudesse estar “presente” nas celebrações familiares. Um agradecimento especial ao meu tio Adailton (tio Didi – *in memoriam*) que partiu precocemente e não viu o fim deste ciclo, mas que celebrou comigo as suas várias etapas.

Ao grupo de investigação MSEU-Movimentos Sociais e Espaço Urbano, da Universidade Federal de Pernambuco, em especial ao Professor e amigo Cláudio Castilho, por todas as discussões científicas e por manter, através da prática, acesa a chama da esperança na construção de cidades justas. O MSEU plantou em mim a semente do (des)conforto com as injustiças urbanas.

Às minhas amigas “cariocas da gema” Andrea Ribeiro e Isabela Dias, à recifense Maria das Neves, e à gaúcha Raquel Motta, pelas intermináveis conversas e desabafos nos momentos mais e menos felizes ao longo desta jornada. Vocês vibraram comigo cada passo em frente e me ergueram sempre que foi preciso. Muito obrigada! À minha amiga, também carioca, Kátia Loyola, que chegou no finalzinho da caminhada e trouxe muita serenidade para uma mente e corpo cansados.

Às minhas amigas que foram companheiras na Licenciatura e Mestrado e motivação durante todo o doutoramento, Mariana Valença e Janaina Assis. Ainda às amigas Elvira Santos e Bárbara Damasceno pelos vários momentos de alegria proporcionados nas diversas vindas à Lisboa nos últimos anos e ao amigo Venícios Castro por torcer por mim sempre.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento a este projeto de investigação e à ex-Presidente do Brasil Dilma Rousseff, que deu continuidade a um governo que tanto acreditou e apostou na mudança do meu país através do investimento em educação.

“Do lado de cá”...

Ao meu Orientador e amigo Herculano Cachinho, por acreditar neste projeto e em mim para executá-lo. O senhor sempre foi uma fonte de inspiração pessoal e profissional. O aprendizado foi muito além do que está condensado nesta tese. Com o senhor, ganhei ensinamentos para a minha vida. Trabalhar ao lado de quem admiramos como indivíduo e investigador-Professor é incrivelmente prazeroso. Sabemos que foi difícil, desafiante, mas a sua inesgotável energia para ouvir-debater, ouvir-acatar, ouvir-aparar arestas, ouvir-sugerir, ouvir-sempre, foi fundamental neste processo. Sim, com o senhor a minha fala ganhou corpo, espaço. Um muito obrigada por não ter soltado a minha mão.

Ao Professor e amigo Jorge Malheiros, com quem tive oportunidade de trabalhar em investigações académicas que se desenvolveram paralelamente ao meu projeto de tese. Foi consigo que percorri profundamente novas temáticas, como a das Migrações, o que deu corpo teórico à minha própria experiência pessoal enquanto imigrante. O seu ser no mundo é uma inspiração. Nutro por si uma admiração profunda e tem sido um privilégio aprender consigo. A admiração vem da sua inquietude com as injustiças da micro a macro escalas, e da energia para questioná-las, muitas vezes sozinho; vem do brilho que carrega nos olhos e do entusiasmo com que se lança a novos desafios; vem da crença que tem nos jovens investigadores como indivíduos dotados de capacidade e potencial de mudança. Trabalhar ao seu lado foi ver verticalidades rígidas transformarem-se em horizontalidades, tão essenciais à construção da confiança e ao empoderamento daqueles que iniciam a carreira profissional no mundo académico. Quero levar essas práticas para a minha jornada enquanto indivíduo e Professora-Investigadora. Muito obrigada por ter me desafiado intelectualmente, tantas vezes acreditando, mais do que eu, que eu era capaz. Obrigada por contribuir tanto para o meu crescimento pessoal e intelectual.

Ao Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT), que se tornou a minha segunda casa institucional, e em especial ao atual Presidente José Manuel Simões. No IGOT tive oportunidade de ganhar e praticar novas habilidades para o desenvolvimento da minha carreira profissional. Será sempre uma casa muito especial, pois além de ter sido a escolhida por mim para a concretização do doutoramento, pela confiança na excelência do trabalho desenvolvido, é uma “casa” que trouxe amigos para a vida. Um muito obrigada ao Mário Vale e à Margarida Queirós pelas palavras de apoio e alegrias compartilhadas, e à Margarida adicionalmente pelos ricos questionamentos críticos no ato de discussão do projeto desta tese – as suas contribuições foram fundamentais. Ao

Jorge Rocha, muitas vezes minha única companhia de finais de semanas e feriados no IGOT, pela revisão cartográfica da tese e por sempre ter algo de bom a dizer àqueles que estão à sua volta. Aos Professores que contribuíram para o meu percurso académico através da troca de conhecimento no primeiro ano de Formação Avançada, Lucinda Fonseca, Isabel André (*in memoriam*), Eduardo Brito Henriques e Jorge Malheiros. Um agradecimento muito, muito especial à Professora Teresa Barata Salgueiro pela amizade atenta que se construiu muito antes do doutoramento, sendo sempre um incentivo e apoio fundamental à concretização desta travessia.

Aos meus colegas de jornada e amigos pelas partilhas das alegrias e angústias, Anselmo Amílcar, Bárbara Ferreira, Camila Amaral, Cláudia Viana, Elisa Alves, Desideria Santella, Filipe Mattos, Gustavo Pereira, Guebuza Guilichane, Ingrid Tonon, Janna Joceli, Jonathan Lopes, Leandro Gabriel, Marina Carreiras, Rui Carvalho, Silvia Cardoso, Soraia Pereira, e especialmente ao meu amigo irmão Luís Mendes. Tenho certeza de que vocês também conseguirão. Ainda aos amigos que, já tendo feito a travessia, foram força e apoio preciosos, Adélia Verónica, Eduardo Ascensão, Eduard Montesinos, Juliana Iorio, Pedro Guimarães, Sílvia Viegas, e especialmente ao Paulo Madeira que é também um irmão mais velho.

À amiga Laís Saleh e ao amigo Paulo Maciel pela amizade linda e revisão bibliográfica em uma fase de muito cansaço: vocês foram incríveis. Ao amigo Marcos Correia por tudo que sei hoje de ArcGIS, pela paciência e disponibilidade para me auxiliar na parte mais técnica da tese. Muito obrigada! À amiga Simone Frangella por todo cuidado de sempre e pelas muitas ligações apenas para saber se eu estava bem e pela revisão preciosa do inglês sempre que necessário. Aos meus colegas do “gabinete de projetos” que sempre foram “ajudas” em inúmeras situações e aconchego através de sorriso, um olhar ou um abraço que diziam “vais conseguir, vai correr tudo bem”, Ana Salomé, Miguel Leal, Sandra Oliveira, Pablo Costa, Pedro Freitas, Teresa Cabrita, Diogo Silva, Ana Gonçalves, em especial ao Filipe Matos. Super obrigada!!

As amigas Filipa Pinho, Alexandra e Isabel que encheram muitos dias de carinho, meu muito obrigada.

Ao amigo Miguel Padeiro pelo prazer que sempre demonstrou em compartilhar conhecimento. Aprendi muito consigo nos últimos anos. Muito obrigada!

Às minhas amigas Ana Stevens, Aline Schiltz e Sónia Pereira agradeço toda sororidade praticada. Vocês são mulheres fortes e assim fazem fortes as mulheres a vossa volta. Obrigada por todas as palavras e olhares de incentivo.

A todos os entrevistados que gentilmente se disponibilizaram para colaborar com esta investigação, Paulo Telles, Constantino Sakellarides, António Correia de Campos, Grupo José de Mello Saúde e Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas. Agradeço ainda à Professora Paula Santana e ao João Ferrão pelas entrevistas exploratórias na fase de consolidação do projeto de tese. Muito obrigada por toda troca de conhecimento.

Ao grupo de investigação ZOE-Dinâmicas e Políticas Urbanas e Regionais, do Centro de Estudos Geográficos (CEG), por ser um espaço de debate crítico e aberto no qual aprendi muito enquanto investigadora; e ao CEG pelo acolhimento e suporte financeiro que permitiu a discussão e disseminação desta investigação em eventos científicos, os quais foram fundamentais para o seu avanço.

Aos Serviços Académicos do IGOT por todo o suporte e colaboração para que tudo corresse bem. Agradeço imensamente ao Miguel Ângelo por toda paciência e dedicação no suporte técnico e informático para que tudo corresse no tempo certo e da melhor forma, meu muito obrigada! Ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), através da Sofia Inácio, pelo interesse e entusiasmo em colaborar com esta investigação e pela disponibilização de dados. E a maravilhosa equipe do SustainLis (Sónia Alves, Pedro Moura Ferreira, Alda Azevedo, Caterina Paci, Jorge Malheiros, Luís Mendes, Marina Carreiras, Patrícia Canelas, Paulo Morgado, Pedro Guimarães e Rosa Branco) por todo apoio e torcida na reta final desta tese. Vocês formam uma equipe sem igual!

Agradeço ainda àqueles de “fora” do mundo académico e que, em alguma fase, foram fundamentais para a concretização deste projeto: à amiga Priscila Martins e à Hadassa Martins por terem sido a minha primeira acolhida na minha chegada a Lisboa; aos amigos Clélia Pires, Patrícia de Almeida e Didier Costa por toda demonstração de amor e pela amizade que mantém-se independente do tempo; ao Senhor Carlos e Dona Beatriz, proprietários do meu apartamento, por todos os ajustes justos que garantiram a minha estadia em Lisboa, sobretudo nos tempos que correm; e à minha mãe luso-brasileira Cássia e ao Zé, que sempre fizeram da vossa casa a minha casa.

Esta travessia sem vocês, os aqui mencionados e muitos outros que lançaram boas energias, teria sido muito mais difícil... Obrigada por tanto!

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações...”

Trem Bala – Ana Vilela

Lisboa, nº 64 da Cândido de Figueiredo
25 de abril de 2020... quadragésimo terceiro dia de isolamento social.

Prólogo

O encontro com o tema

A saúde pública, com foco nas urgências, como tema de investigação, tem sido trabalhada por mim desde o curso de Mestrado, realizado em uma Universidade Pública no Brasil, tendo culminado com uma dissertação intitulada “Potencialidades e desafios da política pública de saúde para o desenvolvimento socioambiental: discussão das unidades de pronto atendimento (UPAs)” (Silva, 2013). A motivação com as questões da saúde deu-se naquela altura, sobretudo, pelo fato de no Brasil ter sido implementada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cujo objetivo era o melhoramento do acesso às urgências nas diferentes escalas e “desafogamento” dos grandes hospitais, através, sobretudo, da materialização de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), unidades de saúde destinadas a atendimento de urgência de média complexidade (Brasil, 2006; Silva e Castilho, 2013). O estado de Pernambuco entre 2010 e 2013 ganhou 14 UPAS, estando 13 delas concentradas na Região Metropolitana de Recife (RMR), área de estudo no Mestrado, levando-nos, por um lado, a investigar/questionar a localização dessas unidades face aos assentamentos precários e eixos viários, e por outro, a prática médica face ao contexto socioambiental do lugar onde as UPAs estavam inseridas.

A finalização deste trabalho deixou o desejo de entender como seria o funcionamento da rede de urgência em um país desenvolvido, cuja saúde pública é assegurada por um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, “semelhante” ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Advinda de um país onde ainda se precisa tanto avançar na implantação de políticas públicas, focalizada na minimização de injustiças, entender outras realidades e modelos de funcionamento parecia um caminho essencial para contribuir para o avanço brasileiro. E Portugal foi o país escolhido.

Deste modo, a realização desta tese de doutoramento sobre os serviços de urgências na Área Metropolitana de Lisboa (AML), de certo modo faz parte de uma continuidade de pesquisa, a qual contribuirá para revisitar e avançar, agora a partir de um novo olhar, a pesquisa já iniciada no Brasil, bem como os estudos sobre os serviços de urgências em Portugal.

O encontro com os conceitos

O interesse pelo tema dos serviços de urgências não se alterou. Contudo, alteraram-se as “lentes” através das quais o tema da saúde viria a ser abordado. Ainda durante o ano de Formação Avançada do curso de Doutorado tive a oportunidade de ouvir uma palestra do Professor e geógrafo João Ferrão, na ocasião da Conferência Anual do IGOT. Nesta palestra “encontrei-me” com o conceito de justiça territorial e este, apenas pelas palavras que contém, parecia corresponder às preocupações que têm acompanhado o meu processo de formação em um país tão profundamente desigual.

Entretanto, fui desafiada pelo meu orientador a analisar o serviço de saúde à luz da justiça espacial. Por um lado, esse conceito se “encaixava” nas preocupações sobre (des)igualdades no espaço geográfico, por outro, as primeiras aproximações demonstraram que ao optar pelo uso do conceito de justiça espacial em detrimento de outros como igualdade, justiça territorial ou social, estava a assumir um posicionamento. Esse posicionamento/compromisso estaria centrado no reforço do espaço na teoria social, olhando para o espaço como reforçador ou minimizador de (in)justiça.

Foi colocada a questão acerca da razão pela escolha da (in)justiça espacial em detrimento da (in)justiça territorial. As leituras foram apontando para a aproximação entre estes dois conceitos, e não para a oposição, revelado pelo comprometimento social dos dois conceitos (Madeira e Vale, 2015). Assim, assumimos o conceito de justiça espacial do geógrafo Edward Soja como estruturante desta investigação. Contudo, não deixamos de investigar aqueles que são alguns posicionamentos discordantes acerca deste conceito, com vista a ampliar o debate em torno do conceito e contribuir para a consolidação dos fundamentos estruturantes da análise espacial da (in)justiça.

A partir do interesse de reforçar o papel do espaço na (re)produção de (in)justiça espacial, julgamos pertinente discutir o conceito de espaço e seus diferentes entendimentos. Deste modo, pareceu-nos relevante após uma explanação das “fases” epistemológicas e do posicionamento do espaço em cada uma delas, posicionarmos o nosso olhar sobre o espaço, afastando-nos da noção de espaço enquanto palco ou produto social, aproximando-nos da noção de espaço enquanto um ativo que pode ser mobilizado por entidades (indivíduos e/ou coletividades dos setores público e privado) condicionando o aprofundamento ou minimização de (in)justiças espaciais.

Neste seguimento, foi introduzida a discussão sobre o conceito de capital espacial. A relevância de incorporar este conceito na discussão se deu, sobretudo, por “enxergar” o espaço como uma forma de capital, logo detentor de atributos que uma vez mobilizados por sujeitos “informados”, condiciona o alcance de um determinado fim, seja este em direção ou não a promoção da justiça espacial. A mobilização deste conceito ajudou-nos especialmente a comparar o uso do espaço pelos setores públicos e privados da saúde, e a partir de que atributos. A partir deste entendimento ousamos posicionar o conceito de justiça espacial como um fim, que pode ser ou não o interesse (ou a prática) das ações políticas, enquanto o de capital espacial como um meio, no sentido em que os atributos pertencentes ao espaço condicionam/permitem/constrangem ações, podendo ainda não ser “acionados”.

A ideia de justiça espacial “colada” à ideia de “necessidades diferentes, respostas espaciais diferentes” incutiu a necessidade de diferenciar as tais necessidades. Foi neste percurso reflexivo que o estudo da vulnerabilidade cruzou esta investigação. O interesse e aprofundamento desta temática mostrou-nos a complexidade do conceito, a multiplicidade de áreas que a utilizavam, exigindo uma delimitação. Deste modo, a privação material, enquanto componente da vulnerabilidade, foi aquela escolhida para analisar as diferenças no espaço da AML. Deparámo-nos então com a privação material através dos estudos realizados por um grupo de investigação em Geografia da Saúde da Universidade de Coimbra. A privação material entendida e utilizada como *proxy* de áreas potencialmente “empobrecidas” estava não apenas validada para Portugal, como sua relação com saúde débil, prevalência de doenças e menos utilização de serviços de saúde estava comprovada (Apolinário *et al.*, 2017; Ribeiro, *et al.*, 2017; Santana, 1996; Ribeiro, 2013; Nogueira, 2010).

O encontro com as técnicas

A razão para escrever este tópico deve-se, sobretudo, por julgar importante expor a minha pouca, e em alguns casos, nenhuma experiência com algumas técnicas utilizadas antes da realização desta investigação. Meu percurso académico foi muito mais marcado por investigações desenvolvidas com base em técnicas ligadas às metodologias qualitativas. “Alterar” este percurso, ou melhor, acrescentar algo totalmente novo e desconhecido foi um dos grandes desafios assumidos. E como todos os desafios, também este deixou “lacunas”, além claro de ter ampliado o aprendizado. A lacuna deixada pode ser apontada

pelo talvez não aprofundamento de algumas análises ou, porventura, pela não ampliação de algumas delas, dado o tempo despendido entre, por exemplo, o conhecimento de um novo software, manipulação, erros e aplicação. O alcance dos resultados através das opções metodológicas realizadas foi tortuoso, mas suficiente para tornar-me uma investigadora um pouco mais capaz em novos domínios.

O primeiro despertar para a importância e desejo de dotar a investigação de uma roupagem mais quantitativa deu-se após a leitura do artigo intitulado “*Geographical accessibility to community pharmacies by the elderly in metropolitan Lisbon*”, publicado pelo geógrafo Miguel Padeiro em 2018 (Padeiro, 2018a). A partir daí ficou marcado o interesse pela realização da análise do acesso geográfico aos equipamentos de saúde como uma forma de operacionalizar o conceito de justiça espacial.

Neste seguimento estudamos e realizamos análises de tempo de viagem aos serviços de urgências da AML através do Google Maps Application (API), método aplicado e validado em outras investigações (Zhang et al., 2010; Wang e Xu, 2011). Os resultados encontrados nessa primeira experiência foram tempos de viagem muito elevados, não por erro, mas pelo fato desta API do Google considerar na análise do tempo de viagem, por exemplo, o tráfego. Neste sentido, o tempo de viagem realizado por automóvel a depender do dia escolhido na API poderia ser muito variável. Após investidas em leituras sobre o acesso geográfico, vimos que a técnica mais utilizada é a extensão Network Analyst do ArcGIS, a qual aplicamos utilizando uma rede viária já utilizada e validada em outra investigação de doutoramento (Correia, 2019).

Uma vez realizada a análise de rede considerando a população geral e por grupos etários, julgamos pertinente analisar também à luz de uma “diferenciação socioeconómica” do espaço metropolitano, que pudesse estar ligada às diferentes necessidades. Assim, à partida foi construído um índice que chamamos de vulnerabilidade, composto por dez indicadores pertencentes às dimensões ligadas a infraestruturas urbanas (alojamentos não clássicos, alojamentos sem banho, índice de envelhecimento dos edifícios e edifícios com estrutura de paredes de adobe ou alvenaria de pedra solta), ao capital humano (famílias clássicas com indivíduos > 64 anos, indivíduos > 64 anos e indivíduos, no máximo, com 3º ciclo de ensino básico completo e quem não sabe ler e nem escrever) e económico (indivíduos desempregados à procura de novo emprego, famílias com pelo menos um desempregado e pensionistas e reformados).

Apesar deste primeiro índice construído coincidir com a geografia social da AML e as leituras sobre vulnerabilidade terem demonstrado que a construção de um índice passa pela *expertise* do investigador conjugado com uma dose de subjetividade, este não era um índice validado. Deste modo, o aprofundamento e ampliação das leituras nos levaram a conhecer o Índice de Privação Material (IPM) cujo método de construção, validação e relação com a condição de saúde das pessoas deram-nos suporte científico para sua aplicabilidade.

Como se vê, o caminho percorrido que garantiu os encontros com o tema, conceitos e técnicas foi sinuoso com avanços, recuos e “atalhos”, e culminou com esta tese de doutoramento aqui “finalizada”, mas que se abre a múltiplos caminhos de investigação.

“Você precisa fazer aquilo que pensa que não é
capaz de fazer.”

Eleanor Roosevelt

"Se não receio o erro é porque estou sempre
pronto a corrigi-lo."

Bento de Jesus Caraça

“Conheça todas as teorias, domine todas as
técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja
apenas outra alma humana.”

Carl Jung

Resumo

A existência de bens e serviços e a possibilidade de lhes aceder constitui uma componente fundamental para a garantia do exercício da cidadania. Assim, as dimensões geográficas do acesso, disponibilidade e acessibilidade, são cruciais para discutir as questões ligadas à justiça espacial, pela razão fundamental de que fatores não monetários como tempo-distância têm uma relação inversa com a utilização e procura de serviços de saúde, sendo esse efeito negativo potenciado nos territórios mais empobrecidos.

Desta maneira, no quadro das mudanças na geografia das unidades de serviço de urgências nos últimos trinta anos, com reflexos diretos no acesso geográfico da população aos equipamentos, esta tese procurou compreender e evidenciar o papel do espaço no reforço (ou não) de desigualdades, a partir da evolução do acesso geográfico aos serviços de urgência e do processo de decisão política subjacente, mobilizando os conceitos de justiça espacial e capital espacial. Enquanto a justiça espacial está ligada à convergência de desigualdades sociais e espaciais na mesma unidade geográfica, o capital espacial liga-se aos atributos do espaço que podem ser explorados por sujeitos coletivos ou individuais, dotados de diferentes capitais, para alcance de objetivos estratégicos.

A combinação desses conceitos resultou nas análises da espacialidade da (in)justiça (materialidade) e da (in)justiça da espacialidade, que se ligam com a conceção e uso estratégico do espaço. Ambas as análises suportam o fundamento de que o espaço é ao mesmo tempo um produto social, no entanto ao condicionar práticas sociais que conduzem a exploração dos seus atributos, é também um actante; ou por outras palavras, uma potencial força geradora de (in)justiça espacial.

A pesquisa empírica que sustenta esta tese permeou a materialidade e imaterialidade que circundam o principal objeto de estudo deste trabalho, as unidades de serviço de urgências, sendo a Área Metropolitana de Lisboa o “onde” desta investigação. Foi mobilizado um mix de métodos de natureza qualitativa e quantitativa. Os procedimentos metodológicos qualitativos envolveram leitura ativa de textos, análise de conteúdo documental e a realização de entrevistas em profundidade com *stakeholders* dos setores público e privado e a organização da sociedade civil ligada a movimentos populares com atuação no âmbito do acesso à saúde. De natureza quantitativa foram georreferenciadas as unidades de serviço de urgência (públicas e privadas) e de serviço médico de emergência e, realizadas análises espaciais da evolução das suas geografias cruzadas com o Índice de Privação Material construído a partir de dados estatísticos dos Censos. O recorte temporal compreende o período de 1991, 2001, 2011 e 2019.

Dos resultados da investigação ressaltamos quatro fundamentais: (i) apesar da melhoria no acesso geográfico da população às unidades de serviço de urgência, ainda subsistem territórios onde o obstáculo constituído pela distância-tempo se associa à privação, constituindo injustiça espacial; (ii) a organização espacial dos serviços de urgência público e privado reflete a forma como o espaço é concebido pelos dois setores e seus objetivos estratégicos, revelando o uso do espaço pelo setor público maior proximidade com a construção de uma cidade mais igualitária em termos de acesso à saúde, embora a justiça espacial tenda a chegar mais tarde às áreas com maiores necessidades; (iii) embora o serviço médico de emergência tenha uma “ótima” cobertura espacial, as áreas com múltiplas vulnerabilidades (mais envelhecidas, baixa densidade, com elevada privação material) apresentaram sistematicamente pior acesso geográfico; e (iv) a dimensão espacial demonstrou ser um fator fundamental para a compreensão e explicação de fenômenos socioespaciais da saúde, tornando-se imprescindível o reequilíbrio das dimensões sociais, temporais e espaciais na produção do conhecimento.

Palavras-chave: Justiça espacial, capital espacial, serviço de urgência, serviço médico de emergência, acesso geográfico, Área Metropolitana de Lisboa.

Abstract

The existence of goods and services and the possibility of accessing them is a fundamental component for guaranteeing the exercise of citizenship. Thus, geographical dimensions of access, availability and accessibility are crucial to discuss issues related to spatial justice, for the fundamental reason that non-monetary factors such as time-distance have an inverse relationship with the use and demand for health services, being this negative effect enhanced in the most impoverished territories.

Hence, taking in account the context of changes in the geography of urgency service units in the last thirty years, reflected directly in the population's geographic access to equipment, this thesis sought to evidence the role of space in reinforcing (or not) inequalities from the evolution of geographic access to urgency services and the process of underlying political decision, mobilizing of the concepts of spatial justice and spatial capital. While spatial justice is linked to the convergence of social and spatial inequalities in the same geographic unit, spatial capital focuses on the space attributes that can be exploited by collective or individual subjects, endowed with different capitals, to achieve strategic objectives.

The combination of these concepts resulted in the analysis of the spatiality of (in) justice (materiality) and the (in) justice of spatiality, which is linked to the conception and strategic use of space. Both analyses are supported by the assumption that the space is a social product however, by conditioning social practices that conduct an exploration of its attributes, it is at the same time, an actant; or, in other terms, a potential generating force of spatial (in) justice.

The empirical research that supports this thesis had as a main analytical focus the materiality and immateriality that surround the object of study of this work, the urgency service facilities, with the Metropolitan Area of Lisbon being the “where” of this investigation. A mix of qualitative and quantitative methods was mobilized. The qualitative methodological procedures involved active reading of texts, analysis of documentary content and conduction of in-depth interviews with stakeholders from public and private sectors, as well as with the organization of civil society linked to popular movements operating within the scope of access to health. The quantitative methods include the georeferencing of urgency services facilities (public and private) and of emergency medical services, and cross-spatial analyses were performed with Material Deprivation Index constructed from statistical data from the Census. The time frame comprises the period of 1991, 2001, 2011 and 2019.

From the results of the investigation, we highlight four fundamental ones: (i) despite the improvement in the population's geographic access to urgency services facilities, there are still territories where the obstacle constituted by distance-time is associated with deprivation, constituting spatial injustice; (ii) the spatial organization of public and private urgency service facilities reflects how space is conceived by both sectors and their strategic objectives, revealing the use of space by the public sector closer to the construction of a more egalitarian city in terms of access to health, although spatial justice tends to reach later areas of greatest need; (iii) although the emergency medical service has an “excellent” spatial coverage, areas with multiple vulnerabilities (more aged, low density, with high material deprivation) systematically presented worse geographical access; and (iv) the spatial dimension proved to be a fundamental factor in the understanding and explanation of health socio-spatial phenomena, making it necessary to rebalance social, temporal and spatial dimensions in the production of knowledge.

Keywords: Spatial justice, spatial capital, urgency service, emergency medical service, geographic access, Lisbon Metropolitan Area

Sumário

Agradecimentos	iii
Prólogo	ix
Resumo	xvii
Abstract	xviii
Índice de Figuras.....	xxi
Índice de Quadros	xxiii
Lista de Siglas	xxvii
Introdução	1
Capítulo 1 - O Espaço da (In)Justiça Espacial	11
1.1 O espaço na ciência geográfica	12
1.2 Contribuições da teoria do espaço de Henri Lefebvre	29
1.3 Do espaço social à construção de uma perspectiva do terceiro espaço.....	41
Capítulo 2 – (In)Justiça Espacial	49
2.1 A (in)justiça espacial na ciência geográfica e contribuições	51
2.2 O pensamento espacial crítico e a (in)justiça espacial em Edward Soja	63
2.3 Capital espacial.....	73
Capítulo 3 – Metodologia da Pesquisa	79
3.1 Desenho da investigação.....	79
3.1.1 Espaço, tempo e objeto do estudo	79
3.1.2 Dados, fontes e tratamento de informação	81
3.1.2.1 Censo e Índice de Privação Material	81
3.1.2.2 Serviço de Urgência e Meios de Emergência (Públicos)	89
3.1.2.3 Serviço de Urgência Privado.....	91
3.1.2.4 Análise de rede.....	92
3.1.2.5 Análise documental.....	95
3.1.2.6 Entrevistas	98
Capítulo 4 - A Saúde em Portugal: grandes linhas de mudança	103
4.1 A saúde até à criação do Serviço Nacional de Saúde	103
4.2 A Saúde após a criação do Serviço Nacional de Saúde em Portugal.....	108
Capítulo 5 – As Reestruturações dos Serviços de Urgência e o Papel do Espaço	121
5.1 Relatório sobre a reestruturação das urgências (1996)	121
5.2 Rede de referência hospitalar de urgência/emergência (2001).....	125
5.3 Proposta da rede de urgência. Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências – 2007	131
5.4 Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012)	139

Capítulo 6 – (Re)Estruturação Espacial e Funcional do Serviço de Urgência na Área Metropolitana de Lisboa.....	145
6.1 A geografia do serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019	145
6.2 Acesso potencial geográfico aos serviços de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019	163
6.2.1 Evolução do acesso geográfico a todos os pontos dos serviços de urgência.....	166
6.2.2 Evolução do acesso geográfico aos Serviços de Urgência Polivalentes (SUP)	173
6.2.3 Evolução do acesso geográfico aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)	180
Capítulo 7 - Privação Material na Área Metropolitana de Lisboa e Acesso Geográfico aos Serviços de Urgência.....	187
7.1 Evolução da privação material na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2011.....	191
7.2. Acesso potencial geográfico e privação material, 1991-2019	205
7.2.1 Privação material e acesso potencial a todos os pontos dos serviços de urgência ...	206
7.2.2. Privação material e acesso potencial aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).....	212
7.2.3. Privação material e acesso potencial aos Serviços de Urgência Polivalente (SUP)	213
Capítulo 8 – Privação Material e Acesso Potencial Geográfico aos Meios de Emergência não Especializados na Área Metropolitana de Lisboa.....	223
8.1 Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o Sistema Integrado de Assistência Médica (SIEM)	224
8.2 Distribuição dos meios de emergência não especializados na Área Metropolitana de Lisboa, 2019	228
8.3 O Acesso geográfico aos meios de emergência não especializados na Área Metropolitana de Lisboa, 2019	232
8.3.1 Meios de emergência terrestres não especializados (Total)	234
8.3.2 Meios de emergência terrestre não especializados que não realizam transporte do utente	235
8.3.3 Meios de emergência terrestres não especializados que realizam atendimento e transporte do utente	236
8.3.4 Urgência hospitalares através de meios de emergência terrestres não especializados que realizam transporte do utente.....	237
Capítulo 9 – O “Uso” do Espaço nas Estratégias de Planeamento dos Serviços de Urgência Público e Privado: uma análise à luz do capital espacial	247
9.1 A expansão do setor privado da saúde em Portugal	248
9.2 A Geografia do Serviço de Urgência Privado na Área Metropolitana de Lisboa, 2019...	260
Capítulo 10 – Chegada e Novos Pontos de Partida	271
Referências Bibliográficas	281
Anexos	311

Índice de Figuras

Figura 1 - Sistematização do levantamento dos trabalhos científicos que utilizaram o índice de privação material em Portugal	84
Figura 2 - Articulação dos serviços de urgência proposto pela Comissão de Reestruturação das Urgência, 1996).	125
Figura 3 - Rede de Referência Urgência/Emergência na Área Metropolitana de Lisboa, 2001	129
Figura 4 - Pontos de serviço de urgência proposta pela CTAPRU.	137
Figura 5 - Rede de serviço de urgência proposto pelo Despacho nº 5414/2008, de 28 de fevereiro.	138
Figura 6 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991	146
Figura 7 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2001	148
Figura 8 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2011	149
Figura 9 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2019	152
Figura 10 - Taxa de Variação da População da AML, 1981-1991, 1991-2001 e 2001-2011	155
Figura 11 - Principais meios de transportes utilizados nas deslocações casa-trabalho ou estudo na Área Metropolitana de Lisboa (%).....	159
Figura 12 - Atendimento de urgência no Serviço Nacional de Saúde por faixa etária em Portugal Continental (2013-2015)	166
Figura 13 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 1991	168
Figura 14 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 2001	169
Figura 15 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 2011	169
Figura 16 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 2019	170
Figura 17 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Polivalente na AML, 1991	174
Figura 18 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Polivalente na AML, 2001	175
Figura 19 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Polivalente na AML, 2011	175
Figura 20 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 1991	182
Figura 21 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 2001	182
Figura 22 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 2011	183
Figura 23 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 2019	183
Figura 24 - Evolução da população residente por classe de privação na AML, 1991-2011	192
Figura 25 - Espacialização do Índice de Privação Material na AML, 1991	197
Figura 26 - Espacialização do Índice de Privação Material na AML, 2001	199
Figura 27 - Espacialização do Índice de Privação Material na AML, 2011	202
Figura 28 - Secções com Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente e pertencentes à Classe de Privação Material Muito Alta, 1991	217
Figura 29 - Secções com Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente e pertencentes a Classe de Privação Material Muito Alta, 2001	217
Figura 30 - Secções com Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente e pertencentes a Classe de Privação Material Muito Alta, 2011	218

Figura 31 - Distribuição dos Meios de Emergência na Área Metropolitana de Lisboa, 2019 ...	230
Figura 32 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência através dos Meios de Emergência com Transporte, 2019	238
Figura 33 - Tempo de Viagem Máximo aos Meios de Emergência por Classe de Privação Material, 2019	239
Figura 34 - População cumulativa por classes de Tempo de Viagem (%) e de Privação Material as Urgências Hospitalares através de ambulâncias (MECT-Secção-SU) na AML, 2019	240
Figura 35 - Áreas com Tempo de Viagem Igual ou Superior a 30 minutos aos Serviços de Urgências Hospitalares Polivalente e Médico-cirúrgico na AML, 2019	242
Figura 36 - Áreas de intersecção entre Tempo de Viagem superior a 30 minutos a uma Urgência Hospitalar Polivalente e Médico-cirúrgico, via ambulância, e Privação Material Alta e Muito Alta na AML, 2019	244
Figura 37 - Número de hospitais públicos e privados em Portugal, 1999 e 2017	249
Figura 38 - Evolução do número de hospitais privados em Portugal, 1999-2017	249
Figura 39 - Evolução do número de hospitais públicos e privados em Portugal, 1999-2017 ...	250
Figura 40 - Evolução no número de camas por 100.000/hab. no setor privado, 2010-2018 ...	251
Figura 41 - Evolução de camas (nº) por 100.000/hab. nos setores público e privado, 2010-2018	251
Figura 42 - Consultas médicas (%) na unidade de consulta externa nos hospitais públicos e privados, 2010-2018.....	252
Figura 43 - Evolução dos atendimentos em serviço de urgência em hospitais públicos e privados, 2010-2018.....	253
Figura 44 - Evolução atendimentos em serviço de urgência (%) em hospitais públicos e privados, 2010-2018.....	254
Figura 45 - Despesas correntes em cuidados de saúde em Portugal, 2010-2018	256
Figura 46 - Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador (%), 2000-2018	256
Figura 47 - Distribuição das unidades de saúde privada com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019.....	261
Figura 48 - População residente cumulativa inserida na classe de Privação Material Muito Baixa e Muito Alta, por tempo de viagem ao serviço de urgência privado na AML (2019)	265
Figura 49 - População residente cumulativa (%) inserida na classe de Privação Material Muito Baixa, por tempo de viagem ao serviço de urgência público e privado na AML (2019)	266
Figura 50 - População residente cumulativa (%) inserida na classe de Privação Material Muito Alta, por tempo de viagem ao serviço de urgência público e privado na AML (2019)	267

Índice de Quadros

Quadro 1 - Definição das classes de Privação Material	82
Quadro 2 - Variação do Índice de Privação, 1991-2011/2019	82
Quadro 3 - Indicadores utilizados no índice de privação material construído com base no método z-score	87
Quadro 4 - Documentos relevantes na constituição da rede de serviço de urgência em Portugal	96
Quadro 5 - Estrutura do relatório da Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências.....	132
Quadro 6 – Estrutura do Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.....	140
Quadro 7 - Proposta dos pontos da rede de serviço de urgência pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência para a Área Metropolitana de Lisboa	141
Quadro 8 - Proposta dos pontos da rede de serviço de urgência pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência e pontos atuais dos serviços de urgência para a AML	143
Quadro 9 - Unidades de saúde com serviço de urgência voltados a população da Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019.....	153
Quadro 10 - Evolução do tempo de viagem aos serviços de urgência na AML, 1991-2019.....	167
Quadro 11 – População por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019	168
Quadro 12 - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019.....	171
Quadro 13 - População entre 0 e 19 anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019.....	172
Quadro 14 - População total e percentual entre 20 e 64 anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019	173
Quadro 15 - População com tempo de viagem nas classes 30-40 minutos e 40-60 minutos a um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011.....	174
Quadro 16 - População por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011	176
Quadro 17 - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem ao serviço de urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011.....	177
Quadro 18 - População entre 0 e 19 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011	179
Quadro 19 - População entre 20 e 64 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011	179
Quadro 20 - População por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) na AML, 1991-2019	181
Quadro 21 - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) na AML, 1991-2019	184
Quadro 22 - População entre 0 e 19 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) na AML, 1991-2019	185

Quadro 23 - População entre 20 e 64 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) na AML, 1991-2019	185
Quadro 24 - Taxa de variação da população residente da AML por classe de privação, 1991-2001 e 2001-2011	193
Quadro 25 - População entre 0 e 19 anos por classe de privação na AML, 1991-2011	193
Quadro 26 - População com 65 e mais anos por classe de privação na AML, 1991-2011	194
Quadro 27 - Peso da população e secções das Margens Norte e Sul nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta no total da população e secção de cada Margem da AML, 1991-2011	195
Quadro 28 - Taxa de Variação da população das Margens Norte e Sul da AML nas classes de Privação Muito Baixa e Muito Alta, 1991-2011	196
Quadro 29 - População nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta por concelhos da da AML, 1991	198
Quadro 30 - População nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta por concelhos da AML, 2001	200
Quadro 31 - População nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta por concelhos da da AML, 2011	203
Quadro 32 - Tempo de viagem máximo a qualquer ponto de serviço de urgência na AML por classes de Privação Material, 1991-2019	206
Quadro 33 - Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a qualquer ponto do serviço de urgência na AML, 1991-2019	208
Quadro 34 - Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a qualquer ponto do serviço de urgência na AML, por grupos etários, 1991-2019	209
Quadro 35 - Tempo de viagem máximo às unidades de saúde com serviço de urgência (SU) e as unidades com urgência médico-cirúrgico (SUMC), por classe de privação na AML, 1991-2019	212
Quadro 36 - Tempo de viagem máximo ao Serviço de Urgência Polivalente na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019	214
Quadro 37 - População com tempo de viagem superior a 30 minutos a um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, por classe de privação, 1991-2019	215
Quadro 38 - População com tempo de viagem superior a 30 minutos a um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, por faixa etária e classe de privação, em 1991, 2001, 2011/19	216
Quadro 39 – Evolução da população e secções em áreas de Privação Muito Alta e Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente, 1991-2011	219
Quadro 40 - População e Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP em áreas com alta densidade populacional, por classe de privação na AML (1991-2011/2019)	220
Quadro 41 - População e Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP em áreas de baixa densidade populacional, por classe de privação na AML (1991-2011/2019)	221
Quadro 42 - Tempo de viagem aos meios de emergência que não realizam transporte do utente na AML, 2019	236
Quadro 43 - Tempo de viagem aos meios de emergência que realizam transporte do utente na AML, 2019	237

Quadro 44 - Tempo de viagem as urgências hospitalares SUMC e SUP através de ambulâncias na AML, 2019	238
Quadro 45 - Tempo de viagem aos serviços de urgência hospitalar, através de ambulâncias, por classe de Privação Material, 2019	241
Quadro 46 - Áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos aos serviços de urgência hospitalar com uso de ambulância	243

Lista de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AD – Aliança Democrática
AEM – Ambulância de Emergência Médica
AML – Área Metropolitana de Lisboa
AS – Ambulância de Socorro
CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Integração em Crise
CDS – Partido Centro Democrático Social
CIAV – Centro de Informação Antivenenos
CODU – Centro de Orientação de Doente Urgentes
CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
GNR – Guarda Nacional Republicana
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPM – Índice de Privação Material
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ME – Meio de Emergência
ME-CT – Meio de Emergência Com Transporte
ME-ST – Meios de Emergência Sem Transporte
MEM - Motociclo de Emergência Médica
NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
PEM – Posto de Emergência Médica
PSD – Partido Social Democrata
OS – Partido Socialista
PSP – Polícia de Segurança Pública
PPD -Partido Popular Democrático
SHEM – Serviço de Helicóptero de Emergência Médica
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SIEM – Sistema Integrado de Assistência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
TIP – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

UMIPE – Unidades Móveis de Intervenção psicológica de Emergência

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência Médica

Introdução

O mundo ocidental assistiu, particularmente, no último século, a melhorias profundas na qualidade de vida e saúde da população, reflexo de um desenvolvimento assente no crescimento econômico, resultando, por exemplo, na redução das taxas de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida (Nogueira, 2016). Contudo, apesar desta inegável melhoria nas condições de vida, a entrada no século XXI foi marcada pelo aumento das desigualdades e da pobreza (Stiglitz, 2002), contrariando os ideais que levaram muitos pensadores a anunciarem uma nova era, na qual crescimento económico teria como par igualdade e qualidade de vida para todos (Fukuyama, 1999).

Logo, as melhorias nas condições de vida e, consequentemente, na saúde, não significaram, de todo, aniquilamento da pobreza e das desigualdades, bem como ocorreram de modo desigual no que tange aos indivíduos, aos grupos populacionais, às escalas e áreas geográficas, reforçando a pertinência e atualidade dos estudos voltados para a distribuição de bens e serviços e sua relação com a (re)produção de (in)justiça espacial (Wilkinson e Pickett, 2010).

Estas desigualdades socioespaciais refletem-se também em desigualdades na saúde (Nogueira e Lourenço, 2015), sendo esta relação evidenciada por investigadores que acompanharam o desenvolvimento da biologia e da medicina, designadamente no âmbito dos estudos avançados sobre genoma humano, que têm demonstrado que os resultados em saúde ultrapassam as explicações de carácter unicamente “genocêntrico” (Olden e White, 2005). Segundo Santana, Freitas e Almendra (2015c), as desigualdades em saúde estão diretamente ligadas às condições económicas e sociais nas diversas escalas, e aos lugares de realização da vida dos indivíduos.

Neste sentido, os estudos que procuram relacionar determinantes contextuais e saúde vêm ganhando notoriedade, especialmente desde as últimas décadas do século XX, sendo as características socioeconómicas e espaciais dos lugares incorporadas neste tipo de investigação, com algum destaque para as primeiras (Nogueira e Remoaldo, 2012).

No que respeita às relações entre a condição socioeconómica e a saúde, tem vindo a ser fortemente comprovada a associação entre a ascensão social e a melhoria do nível de saúde dos indivíduos (Benzeval e Judge, 2001; Stafford e Marmot, 2003; Nogueira, 2007; Nogueira, Santana e Santos, 2007), enquanto uma condição de vulnerabilidade

socioeconómica resulta em piores resultados nesta. Estudos têm sugerido a associação entre áreas de alta privação e maior risco de prevalência de doenças isquêmica do coração, doenças respiratórias, câncer de pulmão, mortes prematuras e evitáveis (Hoffmann *et al.*, 2014; Marí-Dell’Olmo *et al.*, 2015), doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas do fígado e Diabetes Mellitus (Santana *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2015a), suicídio (Burrows *et al.*, 2010; Costa *et al.*, 2015; Santana *et al.*, 2015b) e pior saúde mental (Cardoso *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2015; Loureiro *et al.*, 2019). Além disso, as áreas socioeconômicas desfavorecidas têm maior probabilidade de amplificar as condições de privação material por meio de vários mecanismos interconectados, de que são exemplo as áreas fortemente expostas à poluição, com déficit de espaços públicos, espaços verdes e habitação de baixa qualidade (Tonne *et al.*, 2008; Apparicio, 2012; Williams e Collins, 2001). Tudo isto vai frequentemente traduzir-se em vulnerabilidades cumulativas (Macintyre, Macdonald e Ellaway, 2008).

As ligações entre a dimensão espacial da desigualdade e a saúde também têm vindo a ser comprovadas, em diferentes escalas geográficas e tipos de cuidados, verificando-se que a utilização dos vários tipos de serviços de saúde (por exemplo, urgências ou consultas externas) varia inversamente com o aumento da distância e o tempo de viagem (Henneman *et al.*, 2011; Friedman *et al.*, 2013; Santana, 1996, Vaz, Ramos e Santana, 2014). O mesmo acontece nos episódios de internamento (Haynes *et al.*, 1999) e na utilização de centros de trauma (Branas *et al.*, 2005) ou de clínicas de mamografia (Alford-Teaster *et al.*, 2016), corroborando a ideia de que a procura de serviços de saúde também é condicionada por fatores não monetários e que estes também se refletem na condição e nas práticas de saúde (Acton, 1973; 1975; Lovett, 2002).

Contudo, fatores não monetários de impedância ao acesso geográfico, como a distância-tempo, podem-se associar às condições socioeconômicas desvantajosas na mesma unidade geográfica (Remoaldo e Machado, 2008), dando contornos a injustiça espacial, que combina vulnerabilidades de natureza social e espacial (Soja, 2010a; Malheiros e André, 2016). No caso particular da saúde, estes espaços configuram riscos potenciais para a saúde, cuja identificação é crucial para informar políticas públicas que procurem contrariar a lógica do “inverse care law” (Hart, 1971). Esta foi evidenciada em contextos geográficos distintos (Carlisle *et al.*, 1998; Shaw e Dorling, 2004), significando que as áreas carenciadas tendem a ter pior acesso geográfico aos cuidados de saúde. Contrastando com essas conclusões, outros estudos mais recentes descobriram que áreas desfavorecidas são melhor atendidas

(Jones, Cloutinge McCartney, 2013; Todd *et al.*, 2014), demonstrando que a produção de espacialidades (re)produtoras ou minimizadoras de injustiça pode atuar em sentidos diferentes e merece ser escrutinada com cuidado nos vários contextos sociopolíticos e geográficos.

Ademais, espera-se que a geografia dos serviços públicos de saúde atenuie discrepâncias socioespaciais, oferecendo oportunidades equitativas para a população vulnerável, de modo a imperar a lógica do “positive care law”, garantindo que a dimensão material do espaço não seja em si reforçadora de desigualdades.

Na Área Metropolitana de Lisboa (AML), a geografia dos serviços de urgências (SU) públicos vem sofrendo mudanças profundas nos últimos trinta anos. Essas mudanças estão vinculadas a processos de reestruturação assentes em decisões políticas no âmbito do planeamento em saúde e estão relacionadas com a escolha de espaços para abertura e/ou encerramento de unidades de saúde com prestação de SU nos três níveis existentes, Serviço Básico de Urgência (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP), seguindo do mais básico para o mais complexo nesta ordem. Considerando apenas a transição temporal mais recente, entre 2010 e 2019, uma unidade SUB foi fechada (Santo António dos Cavaleiros-Loures), duas unidades SUMC foram deslocadas no mesmo concelho (Hospital de Cascais e Hospital de Vila Franca de Xira), foi encerrado um SUMC (Hospital Curry Cabral, no município de Lisboa) e foi aberto um SUMC (Hospital Beatriz Ângelo, no município de Loures). A AML contava em 2019 com um total de 12 unidades de saúde com SU, sendo dois SUB, seis SUMC e quatro SUP, enquanto em 1991 este total perfazia nove unidades, com menos um SUB e dois SUMC.

A distribuição geográfica dos SU revela uma concentração relativa destas unidades na área central da Grande Lisboa e na zona ribeirinha a sul do Tejo, coincidindo com a distribuição da população. No entanto, mudanças mais recentes na distribuição também mostram uma tendência de “periferização”, que parece acompanhar o quadro de expansão metropolitano, em grande medida facilitada pela exploração de atributos espaciais como as acessibilidades. Um dos efeitos das mudanças na geografia dos serviços de urgência reflete-se diretamente no acesso geográfico da população aos equipamentos, podendo as novas geografias eliminar ou levantar barreiras ao acesso, sendo imprescindível associar isto ao conteúdo social dos territórios.

O foco no serviço de urgência prende-se, em primeiro lugar, com a relevância do tempo para a manutenção da vida e, em segundo lugar, com o modo como as orientações políticas

sucessivas assentes no uso do espaço causaram mudanças nas localizações das urgências na AML, com consequências desconhecidas na (re)produção ou minimização de (in)justiças espaciais.

Neste sentido, argumenta-se que o espaço ao condicionar práticas sociais a partir da condução de uma exploração dos seus atributos inerentes (ligados à natureza) e construídos (ligados à dimensão social), ajustada ao alcance de um objetivo estratégico previamente definido é, ao mesmo tempo, um produto social e uma potencial força geradora de (in)justiça espacial, cuja leitura pode ser feita através do desnudamento da injustiça da espacialidade (conteúdo da justiça ligada à decisão dos sujeitos) e da espacialidade da injustiça.

Considerando este quadro, a tese foi estruturada a partir de cinco objetivos terminais (OT), a partir dos quais se desdobra um conjunto de questões de investigação que guiaram a procura das respostas para os objetivos delineados.

OT-1: Discutir as acepções de espaço e justiça espacial, através de uma revisitação teórica da produção bibliográfica sobre o tema, para delinear a concepção de espaço (atrelada à justiça espacial) utilizada nesta investigação e explicitar a relevância da dimensão espacial para a leitura da (in)justiça (espaço enquanto minimizador ou potenciador de desigualdades).

- . Como tem sido conceituado o espaço nos diferentes paradigmas da geografia?
- . Que posição tem sido atribuída ao espaço na produção do conhecimento?
- . Como incorporar a dimensão espacial no conceito de justiça, produzindo uma ideia de justiça espacial?

OT-2: Examinar como o espaço foi concebido pelo setor público no planeamento dos SU, através de análise documental, procurando escrutinar o papel que lhe é atribuído, e construir as bases para a comparação deste com a conceção do espaço no processo de planificação do setor privado.

- . A que espaço(s) se referem os documentos relativos às principais reestruturações espaciais dos SU?
- . Em que lógicas assentaram as várias reestruturações dos SU?
- . É explícita a forma como o espaço foi mobilizado para dar resposta a uma melhoria na oferta do serviço público de saúde?

OT-3: Analisar o efeito das mudanças espaciais dos SU no acesso geográfico aos mesmos, geral e por níveis, a partir da análise do tempo de viagem (via automóvel particular) entre as unidades geográficas de análise e os SU entre 1991 e 2019, procurando discutir se a geografia dos SU tem evoluído no sentido da promoção de (in)justiça espacial.

. Como vêm sendo distribuídos espacialmente os diferentes níveis de SU?

. Que territórios têm “ganho”, “perdido” ou “mantido” posição em termos de acesso geográfico com a evolução dos SU?

. Que territórios registam tempos de viagem mais elevados? Há sobreposição entre eles e as situações de vulnerabilidade?

OT-4: Analisar a acessibilidade aos meios de emergência (ME) em 2019, considerando dois tipos de percurso: (i) tempo de viagem entre ME e unidades geográficas de análise (trajeto 1) e (ii) ME-unidades geográficas de análise-SU (trajeto 2), tendo em vista discutir em que medida a distribuição espacial dos ME implica minimização ou aprofundamento de desigualdades socioespaciais.

. Como estão distribuídos os diferentes níveis de ME na AML?

. Que territórios evidenciam tempos mais elevados no primeiro contato com ME e no acesso aos SU via ME?

. Podem os ME funcionar como atenuadores de injustiça espacial nos territórios com elevados tempos de viagem a um SU (via automóvel)¹ e privação material elevada?

OT-5: Analisar como o espaço é mobilizado nas estratégias de planeamento dos SU dos setores público e privado, através da leitura espacial dos SU e de entrevistas a *stakeholders* da esfera pública e privada, procurando por um lado (i) escrutinar os atributos do espaço enquanto ativos (ou não) no condicionamento das estratégias espaciais dos dois setores e das suas eventuais diferenças, designadamente ao nível da (re)produção de (in)justiças espaciais e, por outro lado, (ii) contribuir para o debate que eleva a posição do espaço enquanto ativo na (re)produção ou minimização de desigualdades socioespaciais.

¹ A escolha da medição do tempo de viagem com base no automóvel se deu pelo pressuposto de que os indivíduos não utilizam transportes públicos para utilização de serviços de urgência. Neste sentido, o automóvel inclui carro privado, táxi ou serviços de plataformas (uber, bolt, cabify). Além do automóvel, também foi incorporada na análise o tempo de viagem com recurso aos meios de emergência, por considerá-los fundamentais, em especial aqueles que realizam o transporte de utentes, do qual é exemplo a ambulância, sobretudo para as populações carenciadas. No capítulo 3, referente à metodologia, podem ser encontradas com mais detalhe as justificativas das opções metodológicas.

- . Que atributos do espaço são mobilizados no planeamento dos SU públicos e privados?
- . Quais as especificidades do uso espaço nas estratégias dos dois setores?
- . Como se reflete o uso estratégico do espaço pelos setores público e privado em termos de (in)justiça espacial?

De modo a responder às questões de investigação lançadas e alcançar os desideratos delineados foi mobilizado um mix de métodos de natureza qualitativa e quantitativa. Os procedimentos metodológicos qualitativos envolveram leitura ativa de textos (OT-1), análise de conteúdo de documentos oficiais ligados à reestruturação espacial dos SU na AML (OT-2) e realização de entrevistas em profundidade com *stakeholders* dos setores público e privado e organizações da sociedade civil ligadas a movimentos populares com atuação no âmbito do acesso à saúde (OT-5). Foram realizadas três entrevistas com peritos que estiveram diretamente envolvidos em processos decisórios relativos à planificação e reestruturação dos serviços de saúde em Portugal, a saber: António Correia de Campos, Constantino Sakellarides e Paulo Telles². No setor privado foi realizada uma entrevista ao grupo José de Mello Saúde, maior operador privado em Portugal, e da sociedade civil com a Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas. As entrevistas tiveram um caráter imprescindível e complementar ao entendimento do uso do espaço nas estratégias de planeamento dos SU pelos dois setores.

De natureza quantitativa foram georreferenciados SU públicos e privados e realizadas análises espaciais da evolução das suas geografias na AML, bem como levantamento e tratamento de dados estatísticos (1991, 2001 e 2011) para construção do Índice de Privação Material (IPM). Efetuou-se ainda uma análise de rede para mensuração do tempo de viagem aos SU públicos e privados na AML e aplicação de medidas estatísticas de tendência central e descrição de séries (média, mediana e quartis) de tempo de viagem aos ME por classes de privação material. A espacialização da informação foi realizada usando Sistemas de Informação Geográfica (SIG) (OT-3, OT-4 e OT-5).

O recorte espacial desta tese é a AML. Esta escolha prende-se com o fato deste espaço Metropolitano concentrar, à data do último censo, 27% da população nacional e apresentar um ambiente construído altamente disperso e fragmentado (Barata-Salgueiro, 1997), marcado por desigualdades socioespaciais relevantes, estando estes atributos associados a

²Esta tese teve autorização para informar os nomes dos entrevistados. Salientamos que esta tese respeita os códigos de ética do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território.

problemas de acessibilidade (Portas e Domingues, 2011), que acrescentam relevância a esta investigação. O recorte temporal tem como base a análise da situação presente e do processo que, de modo mais direto, está na sua génese. Em termos concretos, foram os momentos de recolha da informação demográfica mais essenciais para este trabalho (Censos de 1991, 2001 e 2011) que marcaram o seu efetivo travejamento temporal. Efetivamente, o défice de informação posterior a 2011 implicou, em alguns casos, a conjugação de dados com temporalidades distintas (por exemplo informação da rede de equipamentos de saúde referente a 2019 e dados populacionais do último Censo).

As respostas e reflexões resultantes da combinação das questões de investigação e métodos mobilizados estão organizadas ao longo de nove capítulos mais um capítulo conclusivo, que apresentamos em breves linhas de seguida.

O capítulo 1, “*O Espaço da (in)Justiça Espacial*”, descreve e analisa as aceções de espaço na ciência geográfica, procurando contextualizá-las com as transformações sociais subjacentes. Objetivamos com este capítulo dar um panorama das diferentes conceitualizações de espaço, evidenciar a aceção de espaço que adotamos ao trabalhar o tema da justiça espacial e reforçar a relevância da dimensão espacial na produção do conhecimento.

O capítulo 2, “*(In)Justiça Espacial*”, prende-se com o realce das contribuições de diferentes campos científicos ao debate sobre justiça espacial, procurando demonstrar como o tema da justiça espacial tem evoluído na ciência geográfica e o papel do geógrafo Edward Soja na sua consolidação. Adicionalmente, é discutido o conceito de capital espacial apresentado como um aporte das premissas intrínsecas à justiça espacial.

O capítulo 3, “*Metodologia de Pesquisa*”, objetiva justificar as opções metodológicas assumidas nesta investigação. Neste capítulo poderão ser encontradas informações referentes ao delineamento detalhado do objeto de estudo, tempo e espaço da investigação, bem como as fontes, os dados levantados e as respectivas formas de tratamento da informação. Além disso, e não menos importante, constam neste capítulo todos os desafios e constrangimentos metodológicos encontrados à concretização desta investigação, os quais, por sua vez, também condicionaram a sua realização. Adicionalmente, em plena consciência que o processo de investigação não é neutro, por ser conduzido por um sujeito situado, no capítulo metodológico também são apresentados fatores/razões pessoais da investigadora que estiveram ligados ao interesse e motivação para o desenvolvimento desta pesquisa.

O capítulo 4, “*A saúde em Portugal: grandes linhas de mudança*”, apresentará o modo como se desenvolveu a saúde pública em Portugal temporizada, antes e depois da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apesar do objeto de estudo da tese desenvolvida serem as urgências, neste capítulo não foi enfatizado um setor específico da saúde, centrando-se o nosso interesse no entendimento mais global do desenvolvimento da saúde pública, procurando identificar-se as principais mudanças ocorridas neste setor.

O capítulo 5, “*Reestruturações dos Serviços de Urgência e o Papel do Espaço*”, além de contribuir para o entendimento das principais mudanças pelas quais passaram os SU na AML, nele se analisa também a forma como o espaço aparece nos documentos relativos às reestruturações dos SU, reforçando o papel do espaço na redefinição de um serviço público com uma forte componente espacial.

O capítulo 6, “*(Re)Estruturação Espacial e Funcional das Urgências na Área Metropolitana de Lisboa*” analisou as mudanças espaciais das unidades com SU, geral e por níveis, com o intuito de apontar os reflexos destas mudanças no tempo de viagem da população, em geral e por grupos etários, entre 1991 e 2019.

O capítulo 7, “*Privação Material na Área Metropolitana de Lisboa e Acesso Geográfico aos Serviços de Urgência: 1991-2019*”, fornece conhecimento sobre a forma como evoluiu o Índice de Privação Material (IPM) na AML, identificando os concelhos que apresentaram os melhores e piores resultados, tendo em conta a população em geral e por grupos etários. Este capítulo permitiu destacar os territórios com múltiplas vulnerabilidades a partir do cruzamento dos resultados do IPM com os dados do tempo de viagem identificados no capítulo anterior. Somado a isto, este capítulo traz como contributo a sistematização de trabalhos científicos que conjugaram os temas da privação e da saúde e que tiveram Portugal, em diferentes escalas de análise (concelhos, secção e freguesia) como estudo de caso, procurando descrever os principais métodos utilizados, variáveis consideradas e resultados encontrados.

O capítulo 8, intitulado “*Privação Material e Acesso Potencial Geográfico aos Meios de Emergência Não Especializados na Área Metropolitana de Lisboa*”, analisa o tempo de viagem ao primeiro contato com ME, bem como o tempo de viagem às unidades de saúde com SU via ME. Este capítulo traz resultados em duas direções: em primeiro lugar, permitiu analisar em que medida os ME podem colmatar a injustiça espacial estando mais próximo em minutos (ou não) dos territórios com tempos de viagem a um SU mais elevado e, em

segundo lugar, forneceu informações sobre os territórios com tempos de viagem mais elevados aos SU via ME.

O capítulo 9, “*O ‘Uso’ do Espaço nas Estratégias de Planeamento dos Serviços de Urgência Público e Privado: uma análise à luz do capital espacial*”, pretendeu confrontar a geografia dos SU públicos e privados, bem como escrutinar a centralidade do espaço e de seus atributos nas estratégias de planeamento dos SU, com vista à concretização dos objetivos de cada um dos setores.

Por fim, encontra-se o capítulo conclusivo da tese. Neste são revisitados os objetivos delineados procurando confrontar os resultados analítico-interpretativos e empíricos encontrados com a teoria que sustenta esta investigação, de modo a inferir sobre a comprovação ou refutação da argumentação central da tese. Conjuntamente com os resultados serão assinaladas suas contribuições em três níveis: (i) para o conhecimento da geografia da saúde em Portugal, em virtude de não terem sido encontrados até ao momento de finalização desta tese trabalhos que tenham conjugado a discussão da justiça espacial/capital espacial com a análise de um serviço de saúde, aproximando-se de uma forma de operacionalização do conceito; (ii) para os planeadores da saúde, em virtude das informações aqui contidas sobre a identificação dos territórios que conjugam as vulnerabilidades ligadas à privação material e os tempos de viagem elevados a um determinado nível de SU; e por último (iii) para a população utente dos serviços de urgência, de modo a que o acesso geográfico aos SU e ME não seja um (re)produtor de injustiça espacial.

Capítulo 1 - O Espaço da (In)Justiça Espacial

“A palavra é meu domínio sobre o mundo.”

Clarice Lispector

O conceito de espaço, assim como o de justiça, apesar de terem uma teorização rica no seio da geografia, filosofia, direito são conceitos profundamente controversos, na medida em que há um conjunto de compreensões diferenciadas a quais se pode recorrer, não havendo apenas uma teoria do espaço ou da justiça (Williams, 2013). Ademais, apesar do conceito estruturante desta tese decorrer da junção dos dois termos (justiça + espaço), antes de discutirmos justiça espacial (próximo capítulo), daremos atenção às discussões que envolve o espaço dado ser este um dos conceitos-chave da geografia e fundamental à compreensão de que espaço estamos a nos referir quando falamos em justiça espacial.

As concepções de espaço são múltiplas e o mesmo nem sempre teve centralidade na ciência geográfica, tendo ocupado uma posição secundária no seio de algumas correntes de pensamento. As transformações socioespaciais e históricas foram “exigindo” mudanças das lentes a partir das quais olhamos e compreendemos os fenômenos, explicando, em certa medida, as posições que ocuparam o espaço e demais conceitos-chave da geografia para compreensão e explicação dos fenômenos geográficos.

E não foram somente as definições de espaço que acompanharam as mudanças e foram sendo alteradas. A própria posição do espaço *per se* no âmbito da teoria social também se tem alterado, pois nem sempre os fenômenos sociais foram vistos como fenômenos espaciais, tendo sido esta componente espacial relegada para segundo plano na produção do conhecimento no âmbito das ciências sociais (Soja, 2010a). Contudo, a chamada “virada espacial”, cujas ideias inspiradoras advém da célebre obra “A produção do espaço” de Henri Lefebvre (1991 [1974]), notadamente marcou a última década do século XX, conferindo centralidade ao espaço na teoria social, enriquecendo o debate em torno da dimensão espacial (Simonsen, 1996).

Deste modo, este capítulo objetiva apresentar numa perspectiva histórica diferentes concepções de espaço e como estas foram se alterando no âmbito da geografia. Adicionalmente realizar-se-á uma leitura geográfica do espaço em Henri Lefebvre, com

vista a sublinhar o seu pioneirismo na forma como olhou o espaço, afastando-o da ideia de imobilismo e produto social apenas, inspirando a construção e consolidação das bases do pensamento espacial crítico levada a cabo pelo geógrafo Edward Soja. Assim, finalizamos este capítulo com a discussão de Soja sobre o terceiro espaço (*thirdspace*), na continuidade das ideias que deixou Lefebvre, avançando e disseminando a importância da centralidade do espaço no entendimento de processos e fenômenos socioespaciais, dentre os quais a (in)justiça espacial.

1.1 O espaço na ciência geográfica

Durante muito tempo, a dedicação à definição do que era a geografia foi muito maior do que aquela voltada à definição do seu principal objeto de estudo, o espaço. Consequentemente, a geografia dentre as ciências sociais foi aquela que definiu mais tardiamente o seu objeto de estudo.

Segundo Santos (2008 [1978]), as preocupações pairavam na relação da geografia com as demais ciências, ou no reforço de que a geografia poderia ser definida pelo seu método como apontou Hartshorne (1939 *apud* Santos, 2008 [1978]), ou ainda na ideia de que a geografia poderia ser considerada apenas como um ponto de vista, como apontou o francês Le Lannou (*apud* Santos, 2008 [1978]). E a definição de espaço parecia uma tarefa muito mais penosa.

Santos (2008 [1978]) dá-nos conta da dificuldade que levanta a definição de espaço, recorrendo a Santo Agostinho, quando este se referiu ao tempo, dizendo que sabia o que era o tempo até não lhe pedirem para defini-lo, mas quando o fizessem, no mesmo instante, já não sabia o que era.

O que se sabe é que a discussão em torno do que seria o espaço, não se circunscreveu à geografia, desde a filosofia clássica a noção de espaço cobre uma imensidão de acepções. A filosofia forneceu muitas contribuições que endossaram o debate em torno da definição do mesmo. Segundo Santos (2008 [1978]) Hegel, o fundador da dialética moderna, deixou contribuições a partir da sua tese de que o espaço existe, contudo em nosso pensamento, sendo neste sentido o espaço sinônimo de natureza, a própria materialização do espírito.

Já em Kant (2008 [1781]), o espaço aparece numa perspectiva material, quando este considera o espaço apenas enquanto uma condição da existência dos fenômenos. Além

disso, a ideia de que o espaço se apresenta como um elemento estático, alterado conforme a mudança do comportamento dos homens, também foi defendida por Moore (1963), o qual em sua obra *“Man, time and society”*, aponta explicitamente a dinamicidade do tempo e nega qualquer possibilidade de pensar a dinamicidade do espaço para além das transformações provocadas pela componente social.

É de conhecimento geral que mesmo no âmbito da geografia a compreensão do espaço mudou. Tais mudanças foram acompanhadas pelos diferentes paradigmas – geografia tradicional, geografia teórico-quantitativa, geografia crítica, geografia humanista e cultural - pelos quais passou a ciência geográfica, ocupando até um protagonismo secundário, como na geografia tradicional³, na qual os conceitos de região e paisagem tornaram-se conceitos-chave (Corrêa, 2009).

Ainda na geografia tradicional, o espaço apareceu mais explicitamente em Ratzel, como base indispensável para a vida e implicitamente em Hartshorne que, inspirado em “Kant-Newton”, percebeu o espaço como absoluto, associado a todas as dimensões da vida e que apenas contém as coisas (Corrêa, 2009). Uma abordagem espacial assente na localização das atividades humanas não era uma preocupação para os geógrafos da época.

Segundo Moares (1987) e Andrade (1987), em La Blache o espaço apareceu como palco de ação do ser humano, sendo compreendido através do sentido de meio onde coabita o ser humano e a natureza, cabendo à geografia o estudo dos lugares, com foco no método descritivo. O ser humano ainda apareceu em sua abordagem como aquele que através da técnica transforma o meio com intenção de atingir seus objetivos, no seio da escola possibilista. Santos (2008 [1978]), identifica uma correspondência entre o pensamento marxista e a ideia de La Blache, na medida em que a natureza e o ser humano aparecem através de uma relação unitária, na qual de um lado aparece a natureza humanizada e do outro os objetos frutos do trabalho do ser humano modificando a natureza. Este pensamento influenciou autores como Jean Brunhes, Albert Demangeon, Max Sorre, Pierre Deffontaines, Pierre Monbeig e Milton Santos.

Contudo, já em meados do século XX, com a “revolução” teórica quantitativa, o espaço aparece como conceito-chave da ciência geográfica, levando autores como Bunge (1966) a afirmar que a geografia era uma ciência espacial. Contudo, a visão de espaço trabalhada

3 Conjunto de pensamentos que caracterizou a geografia entre 1870 e 1950, período de institucionalização generalizada da geografia nas universidades europeias e marco a partir do qual se dá a revolução teórico-quantitativa, em particular nos EUA (Corrêa, 2009).

no âmbito deste paradigma é limitada, na medida em que o espaço é considerado como uma “planície isotrópica”, sobre a qual há uma uniformização da ocupação humana e até em termos geomorfológicos, sendo a distância a componente responsável pela diferenciação espacial (Corrêa, 2009). Nesta destacam-se os estudos dos modelos de localização tradicionais dos influentes Walter Christaller, Von Thünen e Alfred Weber.

Nestes trabalhos, o espaço é entendido na sua acepção relativa como disse Harvey (1969), ou seja, compreendido a partir dos custos decorrentes das relações entre os objetos nele presentes. Esta geografia fica marcada pelo uso da linguagem matemática que se considerava a mais precisa, acreditando que isso traria a cientificidade procurada pela ciência geográfica.

Para Santos (2008 [1978]), o pecado maior da geografia quantitativa residiu no seu desconhecimento do tempo, uma vez que ao deslocar a lógica matemática para a geografia, o trabalho do geógrafo incidiu, sobretudo, no resultado e não sobre o processo, impossibilitando-os de perceber a natureza da mudança espacial entre um estágio e outro, tornando neste aspecto a geografia uma ciência nociva, sobretudo, pela valorização que foi conferida à técnica, sendo o espaço um vazio. Sobre isto Santos (2008 [1978] p. 75) acrescenta:

Pode-se conhecer uma coisa desconhecendo sua gênese? O espaço que a geografia matemática pretende reproduzir não é o espaço das sociedades em movimento e sim a fotografia de alguns de seus momentos. Ora, as fotografias permitem apenas uma descrição e a simples descrição não pode jamais ser confundida com a explicação. Somente esta pode pretender ser elevada ao nível do trabalho científico.

Segundo Cavalcante e Lima (2018), a análise dos fenômenos sociais na geografia quantitativa era desprovida de espaço e repleta de ideologia, estando a produção do conhecimento geográfico ao serviço de interesses burgueses, sendo aproveitado ora para fazer a guerra como disse Lacoste (1988 [1976]), ora para (re)produzir capital (Harvey, 2005 [2001]). Deste modo, o papel do espaço que refletisse a participação da sociedade na sua produção foi sendo questionado, contribuindo para as bases do que viria a ser a geografia crítica.

No período de transição da geografia quantitativa para a geografia crítica, refletindo sobre a geografia que se fazia no Pós-Guerra, o geógrafo Milton Santos afirmou que a geografia de então era viúva do espaço (1976, 2008). Porque para Santos (2008 [1978]), na geografia “sua base de ensino e de pesquisa [sempre foi] a história dos historiadores, a

natureza ‘natural’ e a economia neoclássica, todas as três tendo substituído o espaço real, o das sociedades em seu devir, por qualquer coisa de estático ou simplesmente de não existente, de ideológico” (p. 118).

Em 1972, Henri Lefebvre na sua obra “*Espacio y Política*”, ao fazer uma crítica à então geografia quantitativa afirmou que o espaço não era apenas o lugar dos números, já apontava que o espaço não é vazio e que não se apresenta apenas como um produto das relações sociais e, neste sentido, como disse Corrêa (2009, p. 25), “o espaço não é nem o ponto de partida (espaço absoluto), nem o ponto de chegada (espaço como produto social)”.

Foi assim que a geografia, baseada em aportes teóricos/metodológicos que já não conseguiam responder à natureza dos fenômenos no contexto do Pós-Guerra e seu cientificismo focado na aparência dos mesmos, reforçando uma geografia empírica, foi alvo de ataque. Contudo, não é de estranhar que as mudanças pelas quais passam as sociedades se tornem muitas vezes um imperativo à abertura e discussão sobre o objeto das ciências. Aliás, uma crise não significa que se está diante de uma fragilidade da ciência, senão do descompasso de uma roupagem “velha” com a qual se tenta vestir o novo. É diante deste descompasso que a década de 1970 assistiu ao aparecimento de perspectivas como a geografia radical, crítica, anarquista como reflexo de um movimento mais amplo que colocaram em causa as bases epistemológicas da ciência geográfica. Havendo um movimento na geografia em busca de um novo paradigma.

O contexto mais abrangente desta mudança se enquadra nos anos de 1960, os quais ficaram marcados pelos acontecimentos urbanos que colocaram em xeque o arcabouço teórico dos analistas urbanos contrariando as perspectivas ecológica e funcionalista a partir das quais a cidade era estudada. Em um momento que o mundo urbano era estudado a partir de um funcionalismo ecológico, em que a sociedade passa a ser concebida como um sistema que se adapta coletivamente às perturbações ambientais de modo a alcançar o equilíbrio, o próprio desenvolvimento metropolitano passa a ser vislumbrado como um fenômeno natural que, por sua vez, aparece como fruto de uma mudança social facilitada pela técnica. Contudo, essa visão conservadora da realidade urbana teve suas bases estremecidas em virtude das “ebulições sociais e urbanas” que acometeram grandes cidades de países como os Estados Unidos e a França na década de 1960, desmontando o alcance teórico da ideia de ajuste ecológico (Gottdiener, 2010).

Os tumultos de guetos nos Estados Unidos, assim como o descortinamento de todas as mazelas sociais urbanas - pobreza, desemprego, racismo, qualidade da moradia, crimes violentos, desnutrição - que marcaram a realidade de grandes cidades norte-americanas, tornaram urgente uma reelaboração teórica para estudar o urbano e todas as suas facetas, culminando com a divisão dos cientistas sociais entre os mais críticos e os mais conservadores, acerca do desenvolvimento desigual das condições de vida da população nas cidades. Contudo, como se tratava de acontecimentos que pareciam extrapolar os tópicos da análise urbana até então desenvolvidos, os esforços foram muito mais no sentido de entender os fenômenos do que efetivamente minimizá-los ou erradicá-los (Gottdiener, 2010). Este autor ainda arrisca dizer que uma versão marxista da análise urbana talvez não tivesse sido articulada “se a obra convencional tivesse conseguido promover uma compreensão das injustiças sociais que permeiam a vida em nossas regiões metropolitanas” (p. 78). Mas, isto nunca saberemos.

O que se sabe é que não foi restrito ao mundo norte-americano os levantes urbanos e o desnudamento das condições precárias de vida nas cidades. Maio de 1968 é conhecido por ter colocado tanto a França quanto a Europa em uma intranquilidade social de natureza urbana, quando cerca de 20 milhões de trabalhadores franceses foram para as ruas declarar greve, apresentando aquele país uma iminente revolução. Este contexto é um campo fértil para a análise marxista, a qual ajudou a compreender e explicar, em larga medida, o fenômeno urbano, desbancando as descrições que caracterizavam as análises urbanas baseadas em correlações fatoriais. Era de fato urgente uma abordagem que fosse capaz de, além de revelar os processos que estavam na base de produção e reprodução do mundo urbano, analisasse e explicasse também as desigualdades espaciais, as crises e os conflitos decorrentes deste processo.

Virado para a sua experiência francesa, no que diz respeito à pesquisa urbana da década de 1960, Topalov (1988) afirma que sobre a questão urbana pairava uma crise ao nível (i) do objeto da pesquisa urbana, o qual parecia ter-se dissipado; (ii) das instituições de pesquisa, as quais se esfacelavam; e (iii) dos conceitos teóricos, que pareciam apresentar um certo esgotamento. Neste sentido, a produção do conhecimento sobre o mundo urbano parecia imergir em uma profunda crise.

Esta crise que parecia se anunciar na produção do conhecimento do mundo urbano, foi responsável por levantar debate acerca de velhos conceitos e teorias sendo, no entender de Topalov (1988), o abandono das análises macrossociais e a centralidade das análises

micro, do cotidiano, uma das suas principais heranças. Chegando Topolov (1988) a questionar, no final do seu artigo, que direções tomarão o desenvolvimento em curso? O que o fez chegar à conclusão de que os paradigmas que surgiram dos questionamentos do mundo urbano ainda não tinham atingido nem o alcance, nem a influência de seus precedentes.

Contudo, o período histórico pós 1968 viu nascer trabalhos publicados tanto na França quanto nos EUA, havendo um entrelace dos esforços dos pensadores urbanos marxistas dos dois lados, reforçando a necessidade de um tratamento alternativo à análise urbana, tornando a abordagem econômica, política e social marxista sobre os eventos urbanos, bastante atraente e esta foi ganhando hegemonia (Gottdiener, 2010). Embora a análise urbana tenha recebido pouco ou quase nenhum destaque na perspectiva original do seu proponente Karl Marx. Ainda segundo Gottdiener (2010), há apenas uma passagem de Marx em “Formações econômicas pré-capitalistas” de 1964, que parece postular uma relação direta entre modo de produção e sua forma específica de espaço.

Ao lado dos questionamentos de como responder e explicar as crescentes desigualdades no mundo urbano, a questionadora geografia crítica também se preocupou com a centralidade do espaço na compreensão e explicação dos fenômenos sociais. Contudo, segundo Gottdiener (2010), esta nova geografia foi fortemente influenciada pelas ideias marxistas, pelo que os aspectos da formação social ligados ao Estado, a luta de classes, o processo de acumulação de capital, a desigualdade de desenvolvimento, a reprodução das relações de produção, ganharam maior protagonismo, afastando-se essa base da dimensão espacial.

Deste modo, embora esta geografia crítica tenha procurado se distanciar da geografia tradicional e da geografia quantitativa, também apresentou em algum momento limitação à análise do espaço em virtude da ênfase conferida ao economicismo para explicar as transformações socioespaciais e o desenvolvimento social (Gottdiener, 2010; Saquet e Silva, 2008), destacando-se na geografia crítica brasileira geógrafos como Milton Santos, Manuel Correia de Andrade, Ruy Moreira, Ariovaldo Umbelino de Oliveira, Carlos Walter Porto Gonçalves, Antonio Carlos Robert Moraes, Armando Corrêa da Silva, Armen Mamigonian e Roberto Lobato Corrêa.

Cabe dizer que este movimento no sentido de delinear uma perspectiva radical-crítica extrapolou o campo da geografia, advindo contribuições de intelectuais internacionais como Pierre Deffontaines, Pierre George e Yves Lacoste, Henri Lefebvre, David Harvey,

Edward Soja, Manuel Castells, Francesco Indovina, Paul Claval e Massimo Quaini, cujas ideias muito influenciaram o pensamento geográfico na segunda metade do século XX (Saquet e Silva, 2008).

A grande influência das ideias marxistas na geografia alimentou uma discussão em torno da presença ou ausência do espaço na obra de Marx, destacando-se de um lado Harvey (1975), que tentou mostrar a geograficidade da teoria marxista, alegando que a dimensão espacial nela presente estava sendo negligenciada e, de outro lado, Soja e Hadjimichalis (1979) e mais tarde Soja (1996), apontando que a teoria marxista é “aespaial”, na medida em que assume o espaço enquanto um palco e reflexo dos fenômenos sociais, enquanto o tempo ganhava força explicativa (Corrêa, 2009). Contudo, com base em que a teoria marxista considera a cidade também como um meio através da qual o capitalismo se (re)produz, não se pode afirmar que ela desconsidere em completude o espaço, mas que reconhece-o como produto das relações sociais.

Para Corrêa (2009), o espaço só aparece explicitamente no âmbito da abordagem marxista, a partir das obras do filósofo Henri Lefebvre. Lefebvre considerava as relações espaciais autônomas das relações de classe, mas só apresentou esta ideia de forma mais articulada e madura com a publicação da sua obra “A Produção do Espaço”, de 1974, aparecendo antes de forma pouco consolidada, rendendo muitas críticas dos teóricos marxistas que a consideram como equivocada (Gottdiener, 2010).

Se, por um lado, o espaço na geografia crítica apoiada no pensamento marxista saiu da condição de uma superfície vazia, ainda que, na condição de produto social, as ideias lefevbrianas apontaram, em certa medida, para um agenciamento do espaço sobre as dinâmicas sociais, conferindo-lhe uma dose de autonomia, como discutiremos mais adiante. As ideias de Lefebvre influenciaram o pensamento de muitos geógrafos marxistas no mundo. Ademais, deve-se salientar que a influência das ideias lefevbrianas de espaço foram apropriadas em maior ou menor grau pelos geógrafos. Neste seguimento chamaremos atenção para as abordagens de espaço no seio da geografia crítica propostas pelos geógrafos Milton Santos e David Harvey.

No final da década de 1970, Milton Santos, geógrafo brasileiro, publicou o livro “*Por uma Geografia Nova*”, o qual marca a mudança de paradigma da geografia que era produzida no Brasil. Nesta obra, Santos (2008 [1978]) discute o espaço de forma mais explícita, questionando: será o espaço um reflexo?, Será o espaço um fator social?, Será o espaço uma instância social?

O espaço enquanto reflexo aparece ligado à ideia de “espaço-continente” que apenas projeta a fenomenologia social. O espaço é apresentado como um nível da sociedade, na medida em que ele sintetiza os dados das outras estruturas. “Essa noção de um ‘espaço-nível’ é, ainda uma vez, um produto da herança filosófica de Kant e de Newton, mas também do positivismo, herança da qual os próprios marxistas não puderam escapar” (Santos, op. cit., p. 160). Aqui paira a ideia de que o espaço tem uma realidade objetiva, ele existe fora do indivíduo como disse Durkheim (*apud* Santos, 2008 [1978]) e enquanto um resultado histórico não poderia ser entendido fora do conjunto de relações que o definem.

O espaço enquanto fator social é discutido à luz da seletividade espacial, ou seja, a partir da análise dos fatores que condicionam a concentração de capital – humano, social, econômico, cultural – em determinados recortes do espaço, apontando para um condicionamento do espaço ao acontecimento da vida social. Para Santos, “o espaço impõe a cada coisa um conjunto de relações porque cada coisa ocupa um certo lugar no espaço” (2008 [1978], p. 172).

A concepção de espaço enquanto fator social estava amplamente difundida na geografia das décadas de 70 e 80, tanto no Brasil como na França ou nos Estados Unidos da América, no âmbito de uma geografia que tinha o espaço como categoria principal dentro de um quadro analítico conduzido pelo materialismo histórico e dialético.

Por suas qualidades funcionais, o espaço como qualquer outra estrutura social (ou nível da sociedade, se se prefere dizer assim), é, por suas estruturas mais que por sua forma, um reflexo da sociedade global, seu dinamismo sendo consequência da cisão da sociedade global e sua consequente distribuição sobre o território. Nesse caso também o espaço seria considerado como um fato social, pois se impõe a toda gente. Mas, se considerarmos o espaço por suas qualidades sistêmicas, ele ganha novos atributos, como a capacidade de condicionar, até certo ponto de forma determinante (uma determinação condicionada, todavia), a evolução das outras estruturas sociais (Santos, 2008 [1978], p. 181).

Contudo, Santos (2008 [1978]) não ficou por aí. Complementando o binômio espaço como reflexo social e fator social, o espaço é ainda apresentado enquanto uma instância social, ou seja,

[...] o espaço organizado pelo homem é, como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada-subordinante. E como as outras instâncias, o espaço embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia que se manifesta por meio de leis próprias, específicas de sua própria evolução (p. 181).

Ainda que a concepção de espaço enquanto instância social não confira de forma explicitada uma causalidade da dimensão espacial face aos processos sociais, ela demonstra a negação da ideia de espaço neutro. Contudo, as bases marxistas enfatizaram no seio da geografia crítica uma análise espacial vinculada às transformações sociais cuja natureza advinha do processo de acumulação de capital e da luta de classe (Gottdiener, 2010).

Neste seguimento, Santos (2008 [1978]) sugere um conjunto de categorias analíticas através das quais o espaço pode ser analisado, são elas: forma, estrutura, função e processo. Sendo esta uma das grandes contribuições de Santos para a operacionalização do conceito de espaço. É possível perceber a influência das ideias de Lefebvre quando este trabalhou as dimensões simbólica, paradigmática e sintagma⁴ do espaço urbano, apontando a importância e necessidade de entender o espaço urbano através das suas formas e conteúdo mediante uma relação dialética, sendo as formas para Lefebvre aquelas que garantem os fluxos de transformação social (Araújo, 2012).

Enquanto a forma é apresentada como a parte visível dos objetos, a função está ligada à atividade que se desenvolve através do objeto criado. Essas duas dimensões variam com o tempo e representam as características de um grupo social. Já a estrutura além de ser definida historicamente é onde as formas e as funções são instituídas, enquanto o processo é a própria ação se realizando, inserida numa estrutura econômica e social particular (Santos, 2008 [1978]). Para este autor, a compreensão da totalidade do espaço só faz sentido se percebida inserida em um modelo de urbanização, da divisão social do trabalho, dos sistemas de fluxos, sendo a economia e a política os dois fios condutores da análise socioespacial (Santos, 1979).

Contudo, não é de estranhar que o acelerado processo de globalização que se assistiu a partir da década de 1990 tenha contribuído para que a técnica, as redes, o meio técnico-científico-informacional, e a coexistências de tempos (lentos e rápidos) tenha ocupado

⁴“A dimensão simbólica se refere às ideologias (aos desejos) e às representações presentes no urbano, pois, enquanto dimensão da linguagem, ela revela o sentido (e contrassentidos) da estrutura social, muito embora o conteúdo permaneça oculto. A dimensão paradigmática diz respeito à projeção das relações sociais no espaço, por isso, as propriedades topológicas são pensadas a partir de uma rede de oposições espaciais pautadas nas relações de isotopia (o meu, o nosso lugar), de heterotopia (o do outro) e de utopia (lugar neutro). Enquanto propriedade, esta dimensão serve para indicar o sentido da produção e apropriação do espaço. Por fim, a dimensão sintagmática ligada aos sistemas e, propriamente, à sistematização da prática urbana que regula percursos, ações entre os espaços topológicos. Esta dimensão, segundo Lefebvre, é hoje a mais predominante das três, pelo simples fato de que vivemos em uma sociedade que se pretende um sistema” (Araújo, 2012, p. 138).

uma centralidade na abordagem espacial. Neste contexto, Santos (2006 [1996]) afirmando que o espaço estava cada vez mais artificializado, fruto da técnica que compõe o seu conteúdo e necessária ao processo de disputa da divisão territorial do trabalho, descreve-o como um híbrido composto por formas-conteúdo, formas-funções, objetos-ações e processos-resultados, sendo principalmente a técnica, uma condição histórica de organização e transformação do espaço, ao lado de fatores econômicos, políticos e culturais.

A produção do conhecimento geográfico estava assente em uma abordagem histórica, relacional e materialista, destacando-se em um enquadramento mais internacional o geógrafo David Harvey. Cabe dizer que este geógrafo vem de uma sólida base marxista, tendo os temas por ele trabalhados, a partir das lentes da economia e da ciência política, ganho um alcance que ultrapassou a geografia.

Harvey (2005 [2001]) também se posicionou quanto à importância de conferir centralidade ao espaço nas ciências sociais, visto que a geografia e o espaço tinham ocupado posições secundárias, sendo apenas considerados como o lugar fixo da ação histórica. Esta crítica leva-o a propor uma teoria espacial, defendendo que o espaço e o tempo atuam simultaneamente na produção do ser social, e que de forma dialética a realidade é constituída por estes três elementos – tempo, espaço e ser – e somente através de uma visão materialista histórico-geográfica é possível desvelar esta realidade.

Contudo, a abordagem materialista histórico-geográfica de David Harvey foi amplamente utilizada para compreender, principalmente, como o sistema capitalista de produção vem se apropriando do espaço para garantir a sua sobrevivência. Isto fica claro quando Harvey (2005 [2001]; 1981) discute a importância do espaço através do conceito de “ajuste espacial”, entendido como uma estratégia do capital de se deslocar para novas áreas com o intuito de se apropriar de novos capitais acumulados com vista à abertura de novos mercados e investimentos. O entendimento da cidade como uma máquina de reprodução de desigualdades focada na maneira como as forças capitalistas produzem geografias desiguais/(in)justas, já estava presente na segunda parte do livro “*Justiça Social e a Cidade*”, publicado por Harvey em 1973, obra que discutiremos com mais detalhe no segundo capítulo pela sua grande contribuição para a discussão da justiça social.

Neste sentido, a teoria espacial proposta por Harvey teve como objetivo sobretudo perceber como se manifestam as contradições e transformações do sistema capitalista num quadro histórico-geográfico, tendo neste sentido avançado pouco no que tange ao

reconhecimento do papel do espaço fora de uma matriz política e econômica e para o equilíbrio das componentes sociais, espaciais e históricas na compreensão e explicação dos fenômenos. Contudo, é de um ponto de vista geográfico e influenciado pela ideia de espaço de Henri Lefebvre que parte a sua formulação de espaço, baseada na alegação de que este pode ser entendido a partir de uma visão tripartida: espaço absoluto, espaço relacional e espaço relativo (Harvey, 2006a).

O *espaço absoluto* é como ele mesmo se refere os espaços de Newton, de Descarte e geometricamente o de Euclides, ou seja, este é um espaço fixo no qual os fenômenos acontecem. Este espaço é o dos mapeamentos, aberto a cálculo, sendo dotado de uma pré-existência e imobilidade. Sendo este espaço de grande relevância para localizar e representar objetos fixos em mapas.

Já o *espaço relativo* é o espaço de Einstein, na medida em que a componente tempo é associada à análise do espaço. O espaço relativo é o espaço dos fluxos, da circulação, do movimento, da compressão espacio-temporal, implicando uma mudança na linguagem com a passagem do espaço e do tempo para “espaço-tempo ou espaço-temporalidade” (Harvey, 2006a, p. 272).

Na concepção de *espaço relacional*, não há compreensão de espaço-tempo fora dos processos que o definem, não cabendo focar no espaço isoladamente. “The relational notion of space-time implies the idea of internal relations; external influences get internalized in specific processes or things through time” (Harvey, 2006a, p. 273). O espaço relacional traz a ideia de que um evento ou um fenômeno situado não pode ser efetivamente compreendido fora de um quadro de relações, ou seja, ele também depende de um conjunto de fatores que acontecem em outras escalas e em tempos diferentes. A este respeito Harvey (2006a, p. 274) argumenta: “a wide variety of disparate influences swirling over space in the past, present and future concentrate and congeal at a certain point [...] to define the nature of that point”.

No julgamento de Harvey (2006a), diante da pergunta ontológica se seriam os espaços absoluto, relativo ou relacional, o autor assume o espaço como sendo os três. Para ele o espaço não é em si mesmo nenhuma das três, mas ele pode conjugar as três concepções de espaço simultaneamente ou transformá-lo em uma ou outra circunstancialmente, sendo a prática humana que define.

Contudo, afirma que olhando para a sua prática geográfica chega a pensar que o espaço relacional contém o espaço absoluto e o relativo, assim como o relativo contém o espaço absoluto, mas que o espaço absoluto é sempre absoluto. Todavia, declina desta discussão e reitera a importância de pensar os três espaços dentro de uma relação dialética, embora reconheça que não raras vezes, em virtude de estarmos situados nos três quadros de referência de espaço, simultaneamente ou não, acabamos por favorecer uma ou outra concepção através das nossas ações. Ademais, Harvey (2006a) reconhece que esta é apenas mais uma formulação que pode ajudar a “desvendar” o significado de espaço, assegurando a existência de outras formas igualmente convincentes de olhar para o mesmo.

Tanto as abordagens de Milton Santos quanto a de David Harvey advieram da ideia de espaço (social) de Henri Lefebvre, assegurando este filósofo que o espaço não deveria ser entendido como algo inerte, objeto dado ou superfície vazia (Lefebvre, 1991 [1974]), tendo em vista que o espaço na sociedade capitalista é o elemento que traduz os conflitos, as contradições, as intencionalidades, sendo utilizado como um meio para se alcançar a “dominação”, afastando-se da ideia de espaço abstrato, mais precisamente de espaço enquanto uma superestrutura. Neste sentido, Lefebvre (1991 [1974]) parece ter voltado à teoria marxista no intuito de rever suas fontes e aprofundar suas análises, voltando-se para o espaço como uma dimensão que também intervém na própria produção.

O espaço é neste sentido apresentado por Lefebvre (2006 [1974]), como um elemento que intervém simultaneamente em diferentes níveis.

Na estrita tradição marxista, o espaço social podia ser considerado como uma superestrutura. Como resultado de forças produtivas e de estruturas, de relações de propriedade entre outras. Ora, o espaço entra nas forças produtivas, na divisão do trabalho; ele tem relações com a propriedade, isso é claro. Com as trocas, com as instituições, a cultura, o saber. Ele se vende, se compra; ele tem valor de troca e valor de uso. Portanto, ele não se situa a tal ou tais “níveis”, “planos” classicamente distinguidos e hierarquizados. O conceito do espaço (social) e o próprio espaço escapam, portanto, à classificação “baseestrutura -superestrutura”. [...] ela [a obra *A produção do espaço*] supõe que o espaço aparece, se forma, intervém ora a alguns “níveis” ora a outros. Ora no trabalho e nas relações de dominação (de propriedade), ora no funcionamento das superestruturas (instituições). Portanto, desigualmente, mas por toda a parte. (p. 8)

Embora as ideias de Lefebvre tenham influenciado toda uma geração de pensamento dentro e fora da geografia, dentro e fora da Europa, a sua concepção de espaço foi

“desacelerada”, por pensadores do espaço urbano, como David Harvey e Manuel Castells (Soja, 1993 [1989]), sendo as ideias de Lefebvre “incorporadas”, mas com limites. Embora, estes dois pensadores em a “*Justiça Social e a Cidade*” (1973) e “*A Questão Urbana*” (1983 [1972]), respetivamente, tenham reconhecido a contribuição do pensamento de Lefebvre acerca das relações entre as estruturas sociais e espaciais.

Para Soja (1993 [1989]), o que houve na geografia que se produziu a partir da década de 1970, apesar da sua importante ruptura com a geografia quantitativa, foi uma verdadeira atrofia da imaginação geográfica/espacial. Este período, designado frequentemente de “conflito espacial”, ajuda a compreender a dificuldade em trazer a análise espacial para a abordagem marxista, bem como o espaço como fator explicativo e também causal das relações sociais, ainda que o espaço tenha ganho centralidade na produção geográfica como vimos.

Esse longo hiato também explica por que houve tanta controvérsia acerca da terminologia, da ênfase e das credenciais, bem como por que persistiram divisões entre as economias políticas urbana, regional e internacional, em vez de levar à criação de uma economia política espacial mais unificada. Por fim, ajuda a compreender por que, à exceção de Lefebvre, houve tamanha falta de audácia – ou seja, por que, em meio às afirmações de que o ressurgimento de uma economia política radical espacialmente explícita representava uma “nova” sociologia urbana, uma “nova” geografia econômica, uma “nova” política urbana, ou uma “nova” teoria do planeamento, ninguém mais se mostrou disposto a aprender a implicação realmente radical de que o que estava emergindo era um materialismo dialético simultaneamente histórico e espacial (Soja, 1993 [1989], p. 137).

Neste contexto, emergem pontos de vista geográficos divergentes acerca do posicionamento do espaço no entendimento do devir social. Na frente em que se destacaram as influências de Lefebvre, imperou o questionamento da teoria marxista, principalmente no que tange ao papel desempenhado pela superestrutura econômica, tendo Lefebvre, segundo Soja (1993 [1989], p. 140), afirmado em suas análises do urbanismo que “o espaço e a organização política do espaço expressam as relações sociais, mas também reagem contra elas”. Esta afirmação de Lefebvre torna-se mais tarde a ideia base da dialética socioespacial discutida por Soja (1980), a qual reafirma que as relações sociais e espaciais são interdependentes.

Contudo, segundo Soja (1993 [1989]), tanto Harvey quanto Castells acharam que o filósofo francês havia impresso demasiada autonomia à estrutura espacial, elevando-a a uma posição inaceitável. Isto porque, ao discutir as questões do urbanismo, Lefebvre,

para aqueles autores, apontou como força motriz da transformação social o conflito espacial em detrimento do conflito de classe. E neste sentido, para eles o protagonismo da circulação/consumo, das relações sociais e do capital industrial/financeiro estavam sendo relegados para segundo plano.

Estas ideias levaram alguns geógrafos a perceber as ideias de Lefebvre um tanto quanto separatistas no que se refere às questões sociais e espaciais, sendo suas ideias “ameaçadoras” ao pensamento marxista, e para tanto seria necessário determinar limites à análise espacial, o que segundo Soja (1993 [1989]) foi uma tarefa da qual se ocupou, em particular, David Harvey. Ademais, para Soja (*op. cit.*), o que houve foi uma interpretação equivocada das ideias de Lefebvre no seio do pensamento marxista da época, o que foi suficiente para o amortecimento de uma análise espacial mais aprofundada.

Contudo, o que Soja (1993 [1989]) aponta como um dos grandes equívocos cometidos na interpretação das ideias de Lefebvre, é o não entendimento do caráter dialético das relações socioespaciais, concentrando a atenção apenas na causalidade espacial. O que parecia incompatível para os teóricos marxistas era exatamente a aceitação de uma “homologia espacial correspondente com as relações de classe tradicionalmente definidas” (Soja, 1993 [1989], p. 136), embora Lefebvre não tenha afirmado a existência de um espaço com leis próprias de produção e transformação.

O espaço (social) lefebvriano é apresentado a partir da conjugação de três dimensões que estão interligadas dialeticamente: o espaço percebido, o espaço concebido e o espaço vivido, acoplados à concepção de prática espacial, de representação do espaço e de espaço de representação, respectivamente (Lefebvre, 1991 [1974]). Sendo a interação dialética, o embate entre essa tríade espacial, o motor que conforma a produção social do espaço.

O espaço percebido está ligado ao corpo, aos sentidos, à própria *prática espacial*. Esta prática espacial evidencia o resultado da conexão entre as atividades. É propriamente a dimensão material das atividades e da interação social. O espaço concebido é o espaço do poder, é o espaço onde mora a ideologia. O espaço concebido está ligado às *representações do espaço*. Essas representações do espaço dão uma imagem que também define o espaço. Tais representações do espaço emergem na fala, nos discursos resultantes em descrições, teorias (do espaço) e não só. Pois, mapas, plantas, informações armazenadas em fotos são também formas de representação do espaço, sendo a geografia de grande importância enquanto uma disciplina que também está envolvida com a

produção dessas representações. E o espaço vivido é a representação simbólica do espaço, é o lugar da cultura, da experiência, das sensações, das emoções, é o *espaço de representação* (Lefebvre, 1991 [1974]). O espaço vivido pode ser interpretado como uma espacialidade abrangente que assim como a biografia de um indivíduo nunca será totalmente reconhecível e explicável. Esta dimensão da produção do espaço se refere a uma significação que, por sua vez, se identifica a um elemento material.

Desse modo, naquela ordem, o espaço pode ser entendido como uma rede, um conjunto de atividades em interação que se desenrolam sobre uma base material, ou seja, o próprio sítio construído. Contudo, a prática espacial pode ser demarcada como espaço, e a partir disto já se cria uma representação do espaço que, por sua vez, funciona como “um esquema organizador ou um quadro de referência para a comunicação, que permite uma orientação (espacial) e, assim, ao mesmo tempo co-determina a atividade” (Schmid, 2012, p. 100). Enquanto, na terceira dimensão, o próprio símbolo material torna-se ele mesmo um meio através do qual os significados podem ser lidos. Podendo assim, a realidade social ser compreendida através de uma dialética que conjuga as três dimensões espaciais.

É com esta proposta que Lefebvre altera profundamente a natureza da dialética. Até então, a dialética proposta por Hegel e amplamente utilizada pelos teóricos marxistas, pairava sobre dois termos que em constante contradição resultam em um terceiro. Enquanto na abordagem de espaço de Lefebvre estar-se-á diante de três termos. Todavia, a diferença entre a dialética lefebvriana e a hegeliana não se esgota no número de termos (Schmid, 2012).

Cada um dos três termos pode ser compreendido como uma tese em si, mas cada um se refere aos outros dois. Continuamente, afirma que o resultado deste processo não culmina com uma síntese, como na dialética hegeliana, essa relação triádica mantém em ligação às três dimensões, as quais permanecem distintas entre si, contudo, por vezes, em interação, conflito ou aliança (Lefebvre, 2004 [1992]). Não havendo, portanto, qualquer sobreposição de uma dimensão sobre a outra, os três momentos (termos) assumem igual importância, tendo cada qual uma posição semelhante em relação aos outros.

Ele (Lefebvre) considera essa figura tridimensional básica um desenvolvimento complementar da dialética que ele compara com suas famosas predecessoras, a dialética hegeliana e a dialética marxista. De acordo com Lefebvre, a tríade hegeliana “tese – antítese – síntese”, que supunha construir o processo do devir, é uma ilusão uma vez que é construída apenas uma representação. Em contraste com isso, a tríade marxista “afirmação – negação – negação da negação” reivindica a

interpretação do processo de devir mas não cumpre esta ambiciosa reivindicação. Ao que parece, no tempo histórico não tem havido tantas rupturas profundas, surpresas e lacunas intransponíveis como tem havido bifurcações, meia-voltas e desvios que essa dialética não poderia compreender. Em oposição, Lefebvre avança a sua própria versão de dialética, “triádica” ou “ternária”, que é uma análise triplamente avaliada. Ela postula três momentos de igual valor que se relacionam entre si por meio de relações variadas e movimentos complexos em que ora um, ora outro, triunfa sobre a negação de um ou de outro. A reivindicação de Lefebvre não é mais a interpretação do devir, nem mesmo a produção do devir, mas a análise do devir (Schmid, 2012, p. 96).

Segundo Schmid (2012), é exatamente nesta tridimensionalidade da teoria da produção do espaço, que muitas interpretações de Lefebvre são distorcidas e, por isso, suas contribuições têm sido limitadas, principalmente no plano da prática. O próprio Harvey (2006b [1989]), ainda que tenha sofrido grande influência da teoria de Lefebvre e trazido muitos de seus conceitos para suas análises do urbano no capitalismo, declarou que compreender as relações entre espaços concebido, percebido e vivido como determinadas dialeticamente mais do que casualmente, parece gerar mais confusão do que esclarecimento. Contudo, para Schmid (2012), foi a dialética tridimensional de Lefebvre que o fez dar um passo adiante da análise marxista.

Não obstante, Schmid (2012) reitera que não foi apenas David Harvey que teve uma interpretação que parece não corresponder às questões de fundo da teoria de Lefebvre, apontando Soja como um dos pensadores que embora tenha sido fortemente influenciado pelo filósofo francês, se afasta das ideias de espaço de Lefebvre ou, em uma segunda leitura, pode ter dado um salto no que diz respeito ao pensamento espacial, reiterando o seu grande contributo para o desenvolvimento de um pensamento espacial crítico. Soja apropriou-se das reflexões de Lefebvre sobre os processos geradores de espaço e sob seus condicionamentos as práticas sociais para dedicar-se à reafirmação da centralidade do espaço na teoria social, apontando a espacialidade como parte constitutiva da prática e existência humana, a qual pode ser analisada a partir da sua ideia de terceiro espaço (*Thirdspace*) que se afirma como uma nova/diferente maneira de analisar as práticas espaciais (Simonsen, 1996).

Deste modo, para Simonsen (1996), no âmbito da teoria social e da geografia humana contemporânea, o espaço tem sido teorizado como (i) espaço enquanto um ambiente material, sendo esta uma concepção dominante no domínio da geografia tradicional, na qual a geografia regional se destacou, aparecendo o ambiente material como uma base da qual dependiam os fenômenos sociais; (ii) espaço como diferença, a qual conjuga

discursos inseridos no realismo, pós-modernismo e pós-estruturalismo, que embora mantenham diferenças entre si, a natureza desta concepção está no entendimento de que os lugares são diferentes, tanto no sentido material quanto no imaterial e que estas diferenças influenciam os processos e a vida social⁵; (iii) e o espaço enquanto espacialidade social, sendo a espacialidade teorizada enquanto uma dimensão social, negando o espaço enquanto uma categoria independente.

Reiteramos que a obra de Henri Lefebvre enquanto base para o entendimento do espaço como espacialidade social, mas não apenas subjugada à dimensão social, foi aquela que mais influenciou intelectuais sociais que se preocuparam em posicionar o espaço como tema central de suas reflexões. Contudo, ainda que o espaço apareça centralmente nas reflexões de alguns geógrafos críticos, a dimensão espacial é, por vezes, subjugada na explicação e entendimento das geografias discriminatórias e desiguais que se desenhavam nas mais diversas escalas, ganhando centralidade as forças económicas para as quais o espaço é visto como um meio de (re)produção das (in)justiças.

Soja, através da sua trilogia, procura elevar a posição do espaço ao mesmo patamar que o tempo e a história para o entendimento dos fenómenos socioespaciais, bem como pensar o espaço para além de uma projecção social. Este é o espaço da (in)justiça espacial

⁵ Na versão realista, o realismo crítico é o ponto de partida epistemológico e ontológico desta visão. O espaço aqui ganha um carácter localizado no concreto, só podendo existir dentro e através de objetos, ao mesmo tempo que é situado em um nível contingente. Aqui os processos sociais podem projetar resultados diferentes a depender do espaço onde esses processos se desenvolvem. Contudo esses resultados advêm de princípios estruturais, porque o espaço nesta abordagem permanece com um carácter passivo e estático (Simonsen, 1996). O pós-modernismo, por si só, já é concebido, segundo Simonsen (*op.cit*), pela sua ênfase filosófica no princípio da diferença. Em uma visão pós-modernista o espaço não incorpora um desenvolvimento teórico em direção a uma universalidade como incorporou o tempo com a sua primazia no âmbito do discurso social, indo o pós-modernismo, através do espaço, em direção a uma maior atenção a diferença, discursos locais, etc. O que contribuiu para o despertar de trabalhos voltados para a diferenciação de área, estudos de localidades, posicionando o espaço enquanto uma questão de diferença.

Na versão pós-estruturalista, o conceito de espaço é mobilizado através de uma linguagem espacializada, notadamente marcada nos estudos feministas e pós-colonialistas, quando aludem para a diferença enquanto uma multiplicidade qualitativa, chamando a atenção para o que está “*in-between*” entre as diferenças tradicionalmente marcadas. Neste sentido, Simonsen (1996) afirma que essas metáforas espaciais são mobilizadas para introduzir novos significados “[...] more open figurations of the subjects and, in continuation of that, to create new sites of political action, sometimes called ‘third spaces’ (Pile, apud Simonsen, 1996, p. 502). E continua Simonsen: “By presuming space to be nonproblematic, then, the metaphors rest on the deadness, fixity and immobility of space; the subject is ‘travelling’ through space, but space stands still – fixed and unproduced” (1996, p. 502). Desse modo, o espaço não se refere a uma diferença espacial, as diferenças que interessam são notadamente aquelas ligadas aos fenómenos sociais e culturais.

trabalhada nesta investigação, um espaço cujas dimensões sociais e espaciais se influenciam mutuamente (Soja, 2010a; 2010b; 2002).

Ainda que se tenha dúvida sobre o passo à frente que Edward Soja possa ter dado face às ideias deixadas por Lefebvre sobre o espaço, como apontou Schmid (2012), o seu esforço de “traduzir” as reflexões de Lefebvre para a geografia, sua ênfase incansável na crítica à produção do conhecimento baseada no historicismo social, sua proposição de equilíbrio ontológico das dimensões sociais, históricas e espaciais a partir de uma dialética que não subjuga a dimensão espacial, não deixa dúvidas sobre o seu avanço e relevância para a afirmação do objeto de estudo da geografia para o entendimento dos fenômenos sociais.

Assim, em virtude das ideias lefebvrianas terem influenciado uma geração de intelectuais e pensadores urbanos no mundo ocidental, tentaremos nos aproximar daquelas que foram as suas principais ideias “disruptivas” no contexto de afirmação das ideias marxistas nos estudos sobre o urbano. Antes de mais, salientamos que este é um exercício que desde o seu início se reconhece incompleto dado a riqueza da contribuição de Lefebvre, bem como as múltiplas interpretações do conhecimento por ele deixado.

1.2 Contribuições da teoria do espaço de Henri Lefebvre

De longe, o intuito do filósofo Henri Lefebvre (1991 [1974]) na sua obra “*A produção do espaço*” foi articular de forma mais abrangente o espaço e a sociedade, lançando mão de uma abordagem epistemológica com aspectos diferentes da economia política marxista apropriada pelos pensadores do urbano para entender e explicar a urbanização desigual que foi ganhando expressão no início da segunda metade do século XX. Neste sentido, percorreremos sobre as fragilidades das ideias marxistas procurando demonstrar em que medida as ideias lefebvrianas contribuíram para uma nova abordagem do espaço e consequentemente entendimentos dos fenômenos de natureza socioespaciais.

A abordagem econômico-política marxista na análise das cidades apresentava algumas limitações à análise do urbano em sua totalidade. Isto porque, a sua própria tendência positivista, orquestrando uma argumentação explanatória, concentrou-se no desenvolvimento de descrições minuciosas do mundo social, negando a atuação de vários fatores, de modo que causas distintas estão ligadas a efeitos distintos (Gottdiener, 2010). Acrescenta Gottdiener (2010), que a abordagem marxista voltava-se para a explicação das causas pelos efeitos, tendendo a explicar os fenômenos sociais a partir das

necessidades econômicas a eles subjacentes, resultando em uma leitura unidimensional da causalidade, o que impede de perceber que a recomposição do urbano advém de uma pluralidade causal (Mendes, 2008). Além disso, a análise econômica política marxista divide com a teoria urbana convencional uma “limitação ideológica”, na medida em que não há qualquer projeto revolucionário de transformação social subjacente às suas análises, concentrando-se toda a abordagem nos padrões de desenvolvimento econômico (Gottddidner, 2010, p. 113).

Neste sentido, o foco da economia política fornecia uma visão limitada e reduzida da vida humana ao enfatizar um determinismo econômico, limitando as análises a ler e contar histórias das sociedades do passado e do presente a partir dos seus modos de produção (Baudrillard, 1975).

Segundo Lefebvre (1977 [1957]), é reconhecível que a base econômica é fundamental para o desenvolvimento da vida humana, contudo as relações não estão apenas circunscritas nesta esfera, por isso, a economia política ao se debruçar enfaticamente sobre a relação entre as coisas, perde de vista ou dissimula as relações que se dão entre os homens, para além de atribuir “poderes” coercitivos à estrutura econômica frente à conformação social. Fainstein (1997, p.23, tradução nossa) também faz duras críticas à análise econômica urbana, ao afirmar que:

A mais óbvia deficiência do enfoque da economia política é também a sua grande força – seu ponto de partida na base econômica das cidades. [...] o favorecimento do econômico na corrente de explicação causal leva a um freqüente cálculo mecânico de interesses reais, assim como à negação da validade de percepções subjetivas que orientam o comportamento humano.

É Gottdiener (2010) que, ao analisar o potencial e os limites da economia política para a análise do urbano, aponta como a principal fragilidade desta abordagem a ênfase que é conferida ao processo de produção do ambiente construído, *design* espacial, e a circulação de capital, desprezando a dimensão espacial, também, enquanto fator explicativo, dos processos urbanos.

Desse modo, nota-se que uma das contribuições do marxismo para a discussão acerca da produção do espaço, no âmbito de uma economia política, foi o seu afastamento epistemológico das categorias analíticas que fundamentavam o pensamento burguês, contudo, não tendo avançado em uma abordagem crítica da dimensão espacial, oferecendo, sobretudo, uma visão social, econômica e política das relações sociais no

urbano. Não obstante, apesar dos avanços e limitações apresentadas, esta foi a base de aporte para o desenvolvimento da teoria de produção de espaço de Lefebvre, o qual através de sua dialética socioespacial propôs uma perspectiva mais abrangente sobre a produção do espaço, bem como uma análise mais refinada acerca das implicações do processo de produção capitalista com a organização socioespacial.

Os estudos urbanos assentes na análise marxista percebem o desenrolar das relações sociais *no* espaço, o espaço que contém os processos de natureza econômica, política e ideológica (Gottdiener, 2010). É neste sentido que se afirma que esta abordagem não avançou sobre uma teoria distinta para a análise da dimensão espacial, “isto é, a maioria dos marxistas rejeitam a necessidade de uma teoria distinta do espaço, em favor de uma análise política e econômica das relações sociais desenvolvidas espacialmente, com base na luta biclassista entre capitalistas e trabalhadores” (Edel, 1981 *apud* Gottdiener, 2010, p. 126).

Neste sentido, nos perguntamos: como Lefebvre, a partir de uma base marxista, conseguiu abrir caminho para a construção de uma teoria marxista do espaço? Em que medida ele avança? E que marcas ele deixou para que novos impulsos pudessem ser dados em direção à construção de uma teoria crítica espacial?

Segundo Gottdiener (2010), o ponto de partida para estudar as contribuições de Lefebvre para a teoria do espaço consiste em saber que para este filósofo o espaço tem uma natureza multifacetada. Assim, o espaço não foi considerado apenas a partir de uma única face, mas como “[...] uma localização física, uma peça de bem imóvel, e ao mesmo tempo uma liberdade existencial e uma expressão mental” (p. 127). E aqui reside a ideia de práxis social de Lefebvre, quando ele apresenta o espaço simultaneamente como o lugar da ação e da possibilidade da ação, demonstrando a sua percepção polinucleada quando o assunto era o espaço. Ademais, em uma dimensão mais estrutural, o espaço aparece em Lefebvre como um elemento da força produtiva, enquanto a economia política só situa neste patamar o trabalho, a terra e o capital. Neste sentido, na análise lefebvriana, o espaço não aparece como uma conjugação da produção, consumo e troca, como aparece na análise do urbano em Castells (1983 [1972]).

Há, de certo, na abordagem marxista da economia política uma redução do espaço a mero meio de trabalho, em virtude do espaço construído (ainda que não considerado como uma ferramenta de trabalho naquela abordagem) facilitar o uso de outras ferramentas de produção, sendo categorizado como parte dos meios de produção e, neste caso, como

meio de trabalho. Esta redução do espaço é sobretudo encontrada na análise urbana de Harvey (1978).

Em contrapartida, na análise de Lefebvre (1991 [1974]), o espaço aparece em sua primeira natureza como uma das forças de produção, entendido pela sua natureza de gerar poder econômico através do seu uso e controle, estando sua segunda natureza concentrada na capacidade de “permitir” a reprodução social, pois para Lefebvre a forma como o espaço está organizado condiz com a necessidade de produção e reprodução do modo de produção vigente, sendo as contradições do capitalismo balanceadas por uma ordem espacial a ele subjacente. Para Lefebvre (1979, p. 288 *apud* Costa, 2007, p. 17),

o arranjo espacial de uma cidade, de uma região, de uma nação ou de um continente, aumenta as forças produtivas, da mesma forma que equipamento e máquinas em uma fábrica ou em um negócio, mas a um outro nível. Usa-se o espaço da mesma forma que se usa uma máquina.

Desse modo, a partir deste ponto de vista, há para Lefebvre uma relação dialética entre as relações espaciais e as propriedades exteriorizadas do modo de produção (Gottdiener, 2010). Este reforço do espaço enquanto um meio de produção aparece em várias partes da obra de Lefebvre como nesta passagem que se segue,

Though a product to be used, to be consumed, it is also a *means production*; networks of exchange and flows of raw materials and energy fashion space and are determined by it. Thus, this means of production, produced as such, cannot be separated either from the productive forces, including technology and knowledge, or from the social division of labour which shapes it, or from the state and the superstructures of society. (Lefebvre, 1991 [1974] p. 85, ênfase do original).

Isto torna-se claro quando a luta pelo controle das relações espaciais e pelo *design* espacial são apresentados por Lefebvre como tão importantes ao projeto revolucionário quanto a luta pelo controle dos meios de produção, uma vez que, assim como as relações de propriedade, a própria produção do espaço está na natureza mais profunda do modelo capitalista de produção. Contudo, as leis econômicas do espaço foram sendo estudadas divorciadamente do reconhecimento da necessidade de uma práxis transformadora a partir do espaço (Lefebvre, 1991 [1974]).

Deste modo, é inegável a contribuição de Lefebvre (1991 [1974]) quanto à elevação da dimensão espacial para outro nível daquele trabalhado pela análise da economia política marxista. Costa (2007; 2003), ao contrário de Soja (1993 [1989], 1996), embora não defenda com tanta veemência a criação do que ele próprio chama de um “novo *status*

ontológico” para o espaço, por parte do pensamento de Lefebvre, ao debruçar-se sobre a sua teoria da produção do espaço, reconhece que o avanço na forma de pensar o espaço, está no *status* do espaço ter sido reconhecido enquanto um elemento da força produtiva.

Embora Lefebvre (1991 [1974]) tenha conferido ao espaço o relevo de força e meio de produção, as valências do espaço lefebrianos não cessam por aí. O espaço aparece ainda em sua obra como produto das relações que se desenvolvem sob o modo de produção – sendo esta talvez a afirmação isolada mais citada –, no entanto, ainda que seja produto é diferente de qualquer outra mercadoria, uma vez que o espaço pode ser ao mesmo tempo, o espaço de consumo e pode ser ele mesmo o objeto consumido. No bojo deste processo, o espaço além de ter uma concretude material e representar um processo que envolve relações, ele recria as próprias relações e as reproduz, o que quer dizer,

[...] que o espaço tem a propriedade de ser materializado por um processo social específico que reage a si mesmo e a esse processo. É, portanto, ao mesmo tempo objeto material ou produto, o meio de relações sociais, e o reprodutor de objetos materiais e relações sociais. Dessa maneira, Lefebvre baseia a multiplicidade da articulação sociedade-espaço numa relação dialética. É justamente esse *status* dialético, ontológico, do espaço que dá origem à sua natureza multifacetada na sociedade. O espaço literalmente satura a sociedade em todos os níveis (Gottdiener, 2010, p. 133).

Segundo Lefebvre (1991 [1974]), há neste sentido uma produção e consumo do espaço, num processo dialético em que as relações socioespaciais estão embebidas no modo de produção enquanto produto e produtor, relação e objeto, de maneira que estas relações não podem ser reduzidas única e exclusivamente às questões de classe. Neste sentido, a construção da teoria da produção do espaço por Lefebvre intencionou quebrar códigos a partir dos quais se olhava para o espaço. Para Lefebvre, a partir da quebra dos códigos teóricos vigentes era possível perceber até onde as análises sobre o espaço tinham ido, bem como construir um novo código, embora não tenha feito parte do projeto lefebvrino a construção de uma nova teoria crítica, sendo inclusive, considerado pelo próprio Lefebvre um pouco tarde para isso. Neste contexto, a intencionalidade da sua produção teórica sobre o espaço não reside na substituição de uma tendência dominante, mas na sua reversão (Costa, 2007; Limonad e Lima, 2003).

Este movimento, estaria centralizado na obra de Lefebvre (1991 [1974]) a partir de uma análise do espaço que se deslocasse do produto para a produção, reiterando a importância

de voltar-se para os processos que estão na base da produção do espaço, e é por isto que a afirmação que o espaço (social) é um produto (social) não deve ser lida de forma tão isolada e estanque. Isto porque o avanço teórico de Lefebvre em direção à compreensão do espaço e sua produção é marcado por uma diversidade e multiplicidade de espaços, o que para Costa (2007) reforça a preocupação de Lefebvre com os processos, na medida em que vai inserindo as várias formas de espaço dentro de um desenrolar histórico. Estes “cortes de espaço” podem ser percebidos a partir do conjunto de questões levantadas pelo próprio Lefebvre (1991 [1974]),

Is this space an abstract one? Yes, but it is also 'real' in the sense in which concrete abstractions such as commodities and money are real. Is it then concrete? Yes, though not in the sense that an object or product is concrete. Is it instrumental? Undoubtedly, but, like knowledge, it extends beyond instrumentality. (Lefebvre, 1991 [1974], p. 26-27).

Neste sentido, para além de uma análise focada no processo, a leitura deste filósofo sobre a produção do espaço é multidimensional, na medida em que considera todas as dimensões do espaço sem desconsiderar suas relações complexas. Contudo, se por um lado, essa visão de processo e a multiplicidade de espaços apontados por Lefebvre permitem uma leitura mais totalizante das relações socioespaciais, sem que haja uma sobreposição dos processos sociais em relação ao espacial, por outro lado, causam uma certa confusão aos leitores, em função do abundante número de espaços que são apontados, e pode ser lido de forma sistematizada em Dear (1997). De facto, embora se reconheça o grande contributo das teorias de Lefebvre para o avanço do pensamento científico, sua obra é considerada de difícil compreensão (Costa, 2007). Daí, desde o ponto inicial da tarefa de analisar e discutir as contribuições da concepção de espaço de Lefebvre assumirmos o seu carácter incontornavelmente incompleto.

Contudo, apesar dos “cortes de espaço”, a teoria da produção do espaço almeja a construção de uma unidade teórica a partir de campos que são apreendidos separadamente. E isto fica claro quando Lefebvre (1991 [1974], p. 16) afirma que “the project I am outlining, however, does not aim to produce a (or the) discourse on space, but rather to expose the actual production of space by bringing the various kinds of space and the modalities of their genesis together within a single theory”. Lefebvre (1991 [1974]) apresenta quais seriam esses “campos” traduzidos para o espaço. Seriam eles: o espaço físico, o espaço mental e o espaço social. Este talvez tenha sido o “primeiro corte” do espaço feito por Lefebvre, sendo o espaço social diferente dos outros espaços e ao

mesmo tempo uma composição que, como disse Soja (1996), transcende todos os outros espaços. O espaço social é aquele que embasará as ideias para a construção de um pensamento espacial crítico (Costa, 2007). Para Lefebvre (1991 [1974], p.27)

Social space will be revealed in its particularity to the extent that it ceases to be indistinguishable from mental space (as defined by the philosophers and mathematicians) on the one hand, and physical space (as defined by practico-sensory activity and the perception of 'nature') on the other. What I shall be seeking to demonstrate is that such a social space is constituted neither by a collection of things or an aggregate of (sensory) data, nor by a void packed like a parcel with various contents, and that it is irreducible to a 'form' imposed upon phenomena, upon things, upon physical materiality.

O espaço social lefebvriano é “traduzido” em prática espacial (espaço percebido), representações de espaço (espaço concebido) e espaço de representações (espaço vivido), como apresentados na seção anterior. Embora haja essa “segmentação” do todo espacial na obra de Lefebvre, sua intenção era entender as relações que se processam entre esses três níveis de espaço, que por sua vez comportam o espaço social. Pois, com base em sua dialética, cada componente do espaço social tem suas particularidades e dinâmicas próprias, contudo não deveriam ser entendidas de forma isolada.

Reitera-se que Lefebvre em sua análise sobre a produção do espaço evita o confronto entre dois termos, apontando a própria tríade capital, trabalho e terra de Marx como um avanço de seu pensamento. Segundo Soja (1996), é perceptível que está presente em toda base do texto de Lefebvre que estes três momentos do espaço social existem em relação dialética e são vistos como a essência de uma tensão.

Embora Harvey (2006 [1989]) reconheça que a leitura do espaço em sua totalidade perpassa pela compreensão das três dimensões do espaço apontados por Lefebvre, e que os espaços de representação podem potencialmente impactar a representação do espaço, assim como atuar como uma força produtiva frente às práticas espaciais, este afirma que as relações entre aquelas três dimensões não foram suficientemente aprofundadas por Lefebvre, o que deixa suas proposições um pouco vagas.

Na realidade, esta não é apenas uma opinião de David Harvey. Costa (2007) também concorda, contudo faz a ressalva de que insistir em criar um esquema fechado de análise a partir das proposições de Lefebvre é cair em um esquema de análise fragmentário que Lefebvre tanto se posicionou contra. Pois, para Costa (2007), uma das grandes contribuições das análises dialéticas de Lefebvre foi evitar o reducionismo de teorias de

análises binárias que pouco têm a contribuir para a produção do conhecimento. Como afirmou Lefebvre, o seu intuito foi

[...] to eliminate the simplistic model of a one-to-one or 'punctual' correspondence between social actions and social locations, between spatial functions and spatial forms. Precisely because of its crudeness, however, this 'structural' schema continues to haunt our consciousness and knowledge (savoir). (Lefebvre, 1991 [1974], p. 34).

Foi com a ênfase no espaço social que a dimensão espacial foi conjuntamente reconhecida como fundamentalmente importante para avançar na produção do conhecimento socioespacial com vista à sua transformação, ultrapassando as análises centradas apenas no espaço percebido e no espaço concebido, as quais para a Soja (2002) dominaram a produção do conhecimento geográfico.

Foi a partir desta visão totalizante do espaço social (concebido, percebido e vivido) que Lefebvre trouxe para o debate a discussão sobre os conflitos existentes entre apropriação e dominação e valor de uso e valor de troca, apresentando um segundo “corte” espacial também tríade, ao discutir as contradições que se dão no e a partir do espaço, dessa vez absoluto, abstrato e diferencial. Estes espaços para Lefebvre são apresentados a partir de uma visão, talvez possamos dizer linear, na medida em que são apresentados quase como se compreendessem etapas pelas quais passa o processo de apropriação do espaço. Todavia, a conceptualização de Lefebvre sobre essa tríade perpassa por uma dimensão temporal, na medida em que o espaço absoluto é o espaço do passado, o espaço abstrato é o espaço do tempo de hoje e o espaço diferencial é o espaço de um tempo futuro, que se apresenta enquanto um projeto revolucionário aberto a transformação. Se os três espaços coexistem, segundo Lefebvre, a sua teoria está aberta a uma multiplicidade de temporalidades.

Neste sentido, o *espaço absoluto* é aquele que antecede a apropriação capitalista, ou seja, a terra, é a base onde se desenvolveu o espaço “histórico” com todos os seus signos, é a base de espaços de representação. Este espaço absoluto, por sua vez, é apropriado e produzido por uma nova ordem, a capitalista, a qual desata o trabalho do processo de reprodução da vida social, tornando-o, por sua vez, independente daquele processo e, por isso, em trabalho abstrato que é praticado em um espaço igualmente abstrato (Lefebvre, 1991 [1974]). Este *espaço abstrato* guarda antigas contradições do espaço absoluto e contradições novas criadas pela nova ordem de apropriação e produção do espaço (Costa,

2007). Estando a natureza dessas contradições no confronto entre a externalização das práticas econômicas e políticas capitalistas e a prática cotidiana que se produz nos espaços de vida das pessoas (Gottdiener, 2010). Neste caso, há uma afirmação do espaço abstrato sobre o espaço absoluto com o trabalho ligado, única e exclusivamente, à lógica de valor. Contudo, este trabalho abstrato que se desenvolve conjuga-se com uma prática espacial, concreta, real, que tenta conduzir o mundo para a sua representação do espaço, que mesmo sendo homogênea não é total, e por ser concreta, esbarra em uma ordem próxima, em práticas espaciais ligadas ao valor de uso do espaço.

Neste sentido, é resgatada por Lefebvre a ideia de valor de uso dos espaços, para discutir a criação do *espaço diferencial*, sendo este o que emerge do embate entre apropriação social do espaço frente à dominação do espaço abstrato por uma ordem distante, neste caso, a ordem capitalista (Limonad e Lima, 2003).

O espaço diferencial é ele próprio o produto das contradições, é o espaço que se impõe à nova ordem, negando-se a ser regido por normas que partem de uma verticalidade⁶ alheia ao lugar (Santos, 2006 [1996]). Pois, da mesma forma que as representações do espaço podem ser impostas às pessoas, estas também podem a partir do espaço de vida apropriar-se de forma distinta de um espaço previamente concebido, conferindo-lhe uma nova prática espacial (Lefebvre, 1991 [1974]). Segundo Lefebvre, entre o espaço vivido e o espaço concebido existe uma “zona de penumbra”, onde está o percebido, fazendo com que o espaço das imediatidades nem sempre coincidam com o espaço concebido.

Reiterando a ideia de Lefebvre (1991 [1974]) de que embora o espaço social seja dominado pelo valor de troca, comandado por uma ordem distante que tende a ser hegemônica, ele guarda potencialidades para uma reapropriação ligada à demanda do corpo, que se coloca como resistência abrindo caminho à construção de um espaço diferencial. Desse modo, a natureza das “erupções” que se podem abrir no espaço abstrato tem suas raízes no espaço vivido, no espaço do cotidiano.

Contudo, o espaço diferencial tem sua natureza no espaço abstrato, o qual por sua vez, ao dissolver antigas relações permite a geração de novas relações.

⁶ “As verticalidades são vetores de uma racionalidade superior e do discurso pragmático dos setores hegemônicos, criando um cotidiano obediente e disciplinado. As horizontalidades são tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contrafinalidade, localmente gerada. Elas são o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista e, simultaneamente, o lugar da cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta” (Santos, 2006 [1996], p. 193).

The reproduction of the social relations of production within this space inevitably obeys two tendencies: the dissolution of old relations on the one hand and the generation of new relations on the other. Thus, despite - or rather because of - its negativity, abstract space carries within itself the seeds of a new kind of space. I shall call that new space 'differential space', because, inasmuch as abstract space tends towards homogeneity, towards the elimination of existing differences or peculiarities, a new space cannot be born (produced) unless it accentuates differences. (Lefebvre, 1991 [1974], p. 52).

É seguindo este raciocínio que Lefebvre (1991 [1974]) situa a criação deste espaço diferencial, no que ele chama de “explosão de espaços” nas mais diversas escalas do local ao global, reiterando que o Estado e o próprio capitalismo são eles próprios criadores dos espaços de contradição, ou seja, “[...] um novo espaço social, com um código e uma legibilidade própria onde o valor de uso não estaria mais subordinado ao valor de troca, onde o espaço absoluto não se renderia incondicionalmente ao espaço abstrato do capital” (Limonad e Lima, 2003, p. 18).

Esta “explosão de espaços” resulta da não aniquilação do espaço local pelo regional, nem deste último pelo nacional ou mundial, pois o espaço é atravessado por fluxos e ordens múltiplas, o que Limonad e Lima (2003) chamaram de ordem próxima e ordem distante que atravessam o espaço. Segundo Limonad e Lima (*op. cit*) estas ordens próximas e distantes não guardam nas reflexões de Lefebvre relações com números e quantidades, não devendo, portanto, ser lidas em termos de tempo como duração ou de espaço como distância, mas guardam relações de qualidade.

Qualidades que expressam diferenças em termos de escalas, esferas e formas de representação e (re)produção do espaço social, que representam uma retomada da contradição latente entre o valor de uso e o valor de troca entre a apropriação social, o vivido e a dominação, o concebido. Entre o hegemônico e o não-hegemônico. Contra a subsunção do espaço absoluto pelo espaço abstrato do capitalismo (Limonad e Lima, 2003, p. 22).

É por isso que o embate entre as ordens próxima e distante pode ser, segundo Costa (2007), traduzido como uma luta que parte da vida cotidiana, e que tem o intuito de sobrepor o valor de uso em relação ao valor de troca do espaço na tentativa de acentuar a tendência homogeneizadora do espaço abstrato.

É com base nesta reflexão de espaços absoluto, abstrato e diferencial associado ao resgate do valor de uso e valor de troca do espaço, estes últimos trabalhados por Marx, que Lefebvre (1991 [1974]) introduz uma dimensão política ao espaço, sugerindo uma análise

crítica desta política espacial, a partir do olhar para os conflitos entre os espaços dominados e os espaços apropriados, trazendo para o debate, o espaço e não mais a natureza - dominada e apropriada - trabalhada no pensamento de Marx (Costa, 2007). Esta dimensão política que Lefebvre atribui à leitura do espaço aponta que o espaço ainda que seja produzido e reproduzido para atender uma lógica de produção, como já foi mencionado, não é dominado completamente, dado o embate entre as forças produtoras de espaço e a dinâmica social.

Reitera-se mais uma vez que o projeto de construção de uma teoria unitária de espaço proposta por Lefebvre (1991 [1974]) a partir da multiplicidade de espaços, deve ser entendido dentro de um quadro dinâmico e dialético fruto da abertura de seu pensamento. Pois, como nos disse Massey (2004), o espaço encontra-se em um movimento inacabado, não podendo ser considerado fechado ou cíclico, sendo este eterno processo de devir que permite múltiplas trajetórias e coexistências.

A fluidez, dinâmica e abertura, que acompanhou o pensamento lefebvriano sobre a produção do espaço são fatores de dificuldade para a apropriação e o uso dos seus *insights* para a compreensão do espaço em sua totalidade, fazendo com que pensadores como Harvey, Dear, Mandanipour e Soja tivessem dentro de uma racionalidade enumerado os tipos de espaços discutidos por Lefebvre, contrariando a ideia de teoria única para o espaço (Costa, 2007).

Mais pertinente do que pensar em rótulos para Lefebvre ou tentar encaixotar suas ideias dentro do pensamento pós-moderno ou inserido na economia política é reconhecer que os seus contributos e avanços para o entendimento dos processos sócioespaciais prescinde de quaisquer rótulos. A reflexão do espaço em Lefebvre contraria toda e qualquer perspectiva de análise que estuda o espaço sem levar em conta a sua unidade, pois embora sejam feitos “cortes ao espaço”, a sua compreensão na totalidade prescinde da análise espacial que incorpore uma visão dialética de todos os seus níveis (Kofman e Lebas, 1996). Esta unidade do espaço pregada por Lefebvre conjugou-se para ele, a partir das três faces de espaço já mencionadas: o espaço físico, o espaço mental e o espaço social.

O espaço social conjuga as dimensões física (percebido) e mental (concebido), além da dimensão vivida, que é uma espacialidade aberta a interpretações. O espaço social está na base da teoria unitária espacial de Lefebvre, na medida em que, todo o seu esforço vai no sentido de reforçar que o espaço é antes de tudo, social. Sendo o espaço antes de tudo social e mantendo dimensões espaciais a ele conjugadas, o espacial não pode mais ser

analisado enquanto um fixo, inerte ou “associal”, ideia que Soja (1980) tanto contrariou e que já havia sido assinalada por Lefebvre, cabendo a toda análise geográfica comprometida com a mudança debruçar-se sobre os efeitos sociais provocados por fenômenos de ordem espacial, reforçando a geografia enquanto ciência voltada para a compreensão socioespacial das sociedades (Catalão, 2010).

Com Lefebvre, a análise espacial se deslocou para uma compreensão do espaço, que buscou ultrapassar aquele “velho” olhar para os fenômenos que se dão no espaço, e esta análise do espaço prescinde do entendimento do espaço social a partir de suas dimensões espaciais, as quais devem ser entendidas a partir de uma visão dialética, sendo esta mais uma das suas grandes contribuições (Catalão, 2010). Com a dialética lefebvriana, ao inserir um terceiro termo, abrem-se novos caminhos uma vez que “a abertura possibilitada pela triplicidade impede que o espaço seja visto como um sistema dentro do qual tudo esteja previamente relacionado com tudo, como uma simultaneidade finalizada, cujas interconexões estejam desde sempre estabelecidas” (Catalão, 2010, p. 19).

As ideias de Henri Lefebvre no âmbito do pensamento espacial, antes de um pensamento conclusivo e fechado, deixaram um caminho aberto de possibilidades para a exploração e engajamento para o resgate do espaço, e também para o desenvolvimento de uma teoria crítica efetivamente comprometida com a dimensão espacial a partir de uma visão dialética, tendo contribuído para posicionar a geografia como autora do debate espacial crítico.

Consideramos que este passo em direção à continuidade de construção de uma teoria espacial crítica, no âmbito da geografia, foi dado pelo geógrafo Edward Soja. Nas reflexões deste geógrafo é possível identificar a centralidade do pensamento de Lefebvre, no que concerne a uma dialética espacial que busca o seu devido lugar no seio da teoria social crítica. Edward Soja apoia-se também nas ideias de Foucault (heterotopia) para fundamentar a sua ideia de dialética espacial, assente no fundamento de que os sujeitos são ao mesmo tempo espaciais, históricos e sociais, ainda que estas duas últimas dimensões tenham ganho maior atenção na produção do conhecimento no mundo ocidental.

Ademais, é inspirado no espaço social de Lefebvre, e na sua conjugação de espaço percebido, concebido e vivido, que Soja constrói a sua perspectiva de terceiro espaço (Thirdspace), que se abre como uma perspectiva analítica que confere ao espaço

centralidade na teoria social, reconhecendo-o com igual importância aos processos sociais e históricos na compreensão e interpretação dos fenômenos sociais.

1.3 Do espaço social à construção de uma perspectiva do terceiro espaço

Se é inegável que as reflexões de Henri Lefebvre deram os primeiros passos para o que ficaria conhecido como a “virada espacial”, é com Edward Soja que se registra uma maior abertura para discutir novos significados e a centralidade do espaço na teoria social, procurando aquele autor o “emparelhamento” da dimensão espacial da vida social, as dimensões históricas e sociais através de uma dialética tripla.

Segundo Soja (2002) as bases para o desenvolvimento do que chamou de perspectiva do terceiro espaço (thirdspace) está assente naquilo que se dedicou por mais de duas décadas, ou seja, consolidar uma dialética socioespacial fundamentada na crítica ao privilégio do social sobre o espacial, ou seja, na hegemonia do historicismo na produção do conhecimento geográfico (Soja, 1993 [1989]). Ainda segundo este autor colocar em prática uma dialética socioespacial e espacio-temporal, as quais agregam espaço, tempo e ser, implica uma emersão de um novo modo de pensar/interpretar o espaço no âmago do pensamento ocidental que se concentra principalmente na relação dialética entre a história e ser social.

No livro Thirdspace Soja (1996) chama atenção para o fato destas suas ideias ter recebido fortes influências do pensamento de Lefebvre e Foucault, os quais para ele, já tinham realizado críticas a forma binária de pensar o espaço nas décadas de 1960-70, embora não tivessem sido compreendidos pelos pensadores por décadas, o que garantiu a continuidade de uma subordinação do pensamento espacial crítico a uma imaginação histórica e sociológica.

Neste quadro, de acordo com Soja (2002) a análise do espaço estava subordinando a duas formas de análise (i) uma que interpretava o espaço principalmente a partir das suas formas espaciais e outra (ii) de natureza mais subjetiva voltada as representações mentais, a um pensamento das formas materiais do espaço. Essas duas abordagens são o que Lefebvre designou de espaço percebido e concebido chamando atenção que uma análise espacial com bases nessas duas dimensões leva a uma dupla ilusão.

Esta dupla ilusão apontada por Lefebvre (*apud* Soja, 1996), refere-se ao escamoteamento dos significados do espaço aquando da sua análise a partir apenas das suas dimensões real

e imaginada. A primeira ilusão é a *ilusão realística*, que provém de uma visão de espaço dominada pelo real, dominada pelo espaço percebido (Soja, 1996). Nesta visão do espaço estão os objetivistas-materialistas para os quais os objetos são reais, materiais desde que possam ser mensurados. A partir deste ponto de vista, o imaginado diz pouco sobre a realidade porque é imensurável e invisível, e por isso, dificulta a leitura da “verdade” essencial da materialidade (Rick, 1997).

O outro lado da dupla ilusão é chamada de *ilusão da transparência*. Esta seria aquela relacionada ao espaço imaginado, ao espaço dos idealistas que, assim como Hegel, concebem o espaço a partir de uma contemplação mental, um espaço livre para o agir humano e, portanto, livre de jogos e armadilhas. Segundo Rick (1997) as mudanças planejadas para um espaço que é visto somente a partir desta ótica tendem ao fracasso, em virtude de uma visão ingênua do espaço, tendo em vista que o pensamento racional tende a se projetar sobre um espaço de agência utópica. Para Lefebvre (*apud* Soja, 1996), o que o dualismo entre real e imaginário escondia era o lado social do espaço, que é ao mesmo tempo percebido, concebido e vivido.

Para explicitar as duas abordagens predominantes de espaço Soja (1996) discutiu a espacialidade a partir do que chamou de primeiro espaço (real) e segundo espaço (imaginado).

O primeiro espaço (*Firstspace*) é para Soja o próprio processo de produção da espacialidade. Pode ser lido como uma dada formação espacial (Soja, 1996). Este primeiro espaço é para Soja, ao mesmo tempo, um meio e um resultado da produção social, é resultado da atividade humana desenvolvida na rua, nas casas, nos parques, nas cidades, ou seja, é o espaço efetivamente concreto, material. Segundo Rick (1997), o primeiro espaço é a forma mais dominante no âmbito das análises espaciais, sendo tomado por uma epistemologia positivista enquanto elemento passivo; ou seja, um dado existente que a ciência espacial descreveria. Desse modo, o primeiro espaço é a própria espacialidade física que pode ser diretamente compreendida e empiricamente mensurada (Soja, 1996).

Neste sentido, a fonte de conhecimento que alimenta a compreensão do primeiro espaço advém do ambiente construído, fruto de uma geografia resultante da relação sociedade-natureza, reiterando o privilégio do binômio objetividade-materialidade, levando Soja (1996) a afirmar que esta é uma fonte ingênua de acumulação de conhecimento.

O primeiro espaço é ainda comparado por Soja (1996) a um texto, que pode ser lido e compreendido em máximo de detalhes e como tal pode ser lido em dois níveis: um primeiro mais exógeno, ligado à descrição “nua e crua” da materialidade, ou seja, da superfície visível; e um segundo mais endógeno, voltado para a compreensão da dimensão espacial, a partir de processos sociais, psicológicos e biofísicos.

A análise espacial assente no primeiro nível de análise consiste, como já foi enfatizado, na mensuração, no reconhecimento de padrões, sendo isto no campo da geografia representado por uma “ciência do espaço” positivista, suportada numa análise quantitativa e matemática dos dados espaciais do primeiro espaço. Segundo Soja (1996), essa geografia baseada em uma epistemologia positivista, ainda tem amplo espaço no pensamento e análise espacial nos dias atuais. Contudo, esta ciência espacial vem sendo incrementada pelos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), os quais possibilitam a organização de um complexo banco de dados que permitem descrever o conteúdo empírico do primeiro espaço e estão se mostrando de grande utilidade ao planejamento, arquitetura, ciências militares, dentre outros. Porém, este conteúdo empírico do primeiro espaço reflete a forma material das coisas, sendo a espacialidade apresentada como resultado-produto, sendo esta para Soja (1996) a forma mais ilusória de compreender o primeiro espaço.

O primeiro espaço pode ser compreendido para além da sua configuração material, na medida em que se insere o questionamento de como essas espacialidades são e/ou foram socialmente produzidas, sendo este o segundo nível de compreensão do primeiro espaço. Neste nível, há a sobrevalorização explicativa do historicismo, na medida em que a materialidade, enquanto uma produção social do primeiro espaço, é entendida como a história que foi mudando sequencialmente, a partir das relações entre os homens, e se materializando, dando a configuração material ao primeiro espaço. Todavia, pouca atenção tem sido dada à análise da materialidade que procurasse questionar como a mesma pode moldar ou interferir na subjetividade, na historicidade e na dimensão social.

Although various forms of spatial causality with regard to the sociality and historicity of life are suggestively implied in more contemporary First spatial analyses, there continues to be a prevalent inhibition that constrains attempts to explore the trialects of spatiality-historicity-sociality in its fullest complexity and interdependency. This ontological confinement is only one of the reasons why Firstspace epistemologies, despite their broad purview and impressive accumulation of accurate spatial knowledge, are fundamentally incomplete and partial (Soja, 1996, p. 78).

Aqui Soja (1996) deixa claro os limites e a incompletude de tentar compreender o espaço apenas a partir da sua dimensão puramente material, como já havia apontado Lefebvre (*apud* Soja, 1996).

A segunda abordagem de espaço foi designada por Soja (1996) segundo espaço (Secondspace) a qual avança para além da objetividade excessiva da produção do conhecimento centralizado no primeiro espaço.

De acordo com Soja (1996), o segundo espaço colocou “the artist versus the scientist or engineer, the idealist versus the materialist, the subjective versus the objective interpretation” (p. 78). O segundo espaço é a própria representação do espaço (espaço concebido) de Lefebvre, afirmando Soja (1996) que o conhecimento espacial é produzido primeiramente na mente.

[...] Secondspace is entirely ideational, made up of projections into the empirical world from conceived or imagined geographies. This does not mean that there is no material reality, no Firstspace, but rather that the knowledge of this material reality is comprehended essentially through thought, as *res cogito*, literally “thought things”. In so empowering the mind, explanation becomes more reflexive, subjective, introspective, philosophical, and individualized (Soja, 1996, p. 79).

Neste sentido, a essência do segundo espaço está centrada em uma geografia imaginada, a qual a partir de imagens e representações tende a tornar-se uma geografia “real”. O segundo espaço é regido por um pensamento utópico, na medida em que é uma espacialidade representada e codificada pelos planejadores, artistas, urbanistas, ou seja, são as ideias concebidas sobre um determinado espaço.

Este espaço para Soja (1996), é aquele que é representado nos livros, nas cartas, nas pinturas, e a relevância dessa representação do espaço está centrada no fato de informar como pensamos cada lugar, o que faz com que haja uma agregação de valor ou até uma consequência espacial para o espaço em função da representação que se faz dele. Pois, embora as representações sejam abstratas, elas desempenham um peso substancial na produção do espaço através da prática sociopolítica, tendo em vista que o planejamento expressa, bem como, representa o discurso dominante da sociedade (Simonsen, 1996).

De um modo geral, o segundo espaço recebeu menos atenção por parte das disciplinas espaciais quando comparado com o primeiro espaço, embora, segundo Soja (1996), as últimas três décadas do século XX tenham sido marcadas por uma aparente dominação da perspectiva de análise do segundo espaço.

Como se pode ver, o primeiro e segundo espaços apresentados por Soja (1996) coincidem com os espaços percebido e concebido trabalhados por Lefebvre, que representam as duas lentes de observação, análise e interpretação do espaço.

A resposta de Lefebvre as limitações das duas análises do espaço veio com o que ele designou de espaço vivido, apresentando-o segundo Soja (2002) como uma espacialidade abrangente e não totalmente reconhecível. Sendo a noção de espaço vivido de Lefebvre mais uma contribuição para pensar e refletir o espaço a partir de um novo olhar, assim como a ideia de heterotopia⁷ utilizada por Foucault para designar “other spaces”, os quais para Soja (2002) não deve ser incorporado literalmente como outros espaços, mas para espaços significativamente diferentes.

Deste modo, o espaço vivido de Lefebvre, assim como outros espaços de Foucault além de serem uma nova alternativa de pensar o espaço face às duas maneiras que predominavam na produção do conhecimento geográfico (percebido e concebido ou primeiro e segundo espaço), foram interpretados por Soja (1996) como uma abertura a uma perspectiva que vê o espaço como plenamente vivido, como espaço que conjuga coisas e pensamentos, espaços que são simultaneamente reais e imaginados, percebido e concebido e aberto a novas interpretações.

É com base nisto que Soja (1996) avança no que ele designa de terceiro espaço (thirdspace), afirmando a construção de uma nova consciência espacial. Para este geógrafo o terceiro espaço aponta para a construção de uma nova maneira de pensar como ele próprio afirmou.

I use Thirdspace to refer to a particular way of thinking about and interpreting socially produced space. It is a way of thinking that sees the spatiality of our lives, the human geographies in which we live, as having the same scope and critical significance as the historical and social dimensions of our lives. Arguing for this vital equivalence or balance between critical spatial, historical, and social thinking has been at the core of my writings for more than two decades (Soja, 2002, p. 113).

⁷ “There are also, probably in every culture, in every civilization, real places — places that do exist and that are formed in the very founding of society — which are something like counter-sites, a kind of effectively enacted utopia in which the real sites, all the other real sites that can be found within the culture, are simultaneously represented, contested, and inverted. Places of this kind are outside of all places, even though it may be possible to indicate their location in reality. Because these places are absolutely different from all the sites that they reflect and speak about, I shall call them, by way of contrast to utopias, heterotopias” (Foucault, 1997 [1984], p. 3-4).

O terceiro espaço não se enquadra em um espaço concreto, mas em todos os espaços. Para Soja (2002) todos os espaços podem ser terceiro espaço, dado que a perspectiva do terceiro espaço é a que se abre para a interpretação do espaço a partir de uma perspectiva espacial crítica assente da dialética tripla espaço, tempo e ser. O terceiro espaço é o que se abre para ver quando se olha para o espaço a partir de uma perspectiva do terceiro espaço.

Thirdspace includes both material and mental spaces, the real and the imagined, what I described as Firstspace and Secondspace; but also contains something more, something else that we can begin to understand only by widening the scope of our geographical imagination. So, to summarize, presaged by Lefebvre's triad of perceived-conceived-lived and Foucault's heterotopology, Thirdspace has these two meanings: the first arising from an ontological argument about the co-equal privileging of the spatial, the historical, and the social; the second derived from a critique of the binary logic that has dominated traditional ways of thinking about space and geography for at least the past century. (Soja, 2002, 114).

O terceiro espaço não é considerado por Soja (1996) como uma combinação fechada do primeiro espaço e do segundo espaço ou do espaço concebido e do espaço percebido de Lefebvre, este ultrapassa a síntese dialética que segue a sequência tese-antítese-síntese, sendo apresentado enquanto uma possibilidade ou momento de transformação de uma lógica do “se/ou” para uma abertura dialética de “ambos e algo mais e também”.

Em Lefebvre (*apud* Soja, 1996), o passo em direção à abertura para o pensamento espacial mais abrangente se deu com o espaço social. Este espaço social aparece enquanto um campo de entendimento do espaço que é ao mesmo tempo distinto do espaço físico e do espaço mental, mas que interage dialeticamente com eles, através da dialética percebido (material), concebido (mental) e vivido, abrindo caminho, na visão de Soja (1996), para um modo radicalmente aberto de pensar o espaço, deslindando o caráter expansivo da imaginação espacial.

O espaço social de Lefebvre, representado pela tripla espacialidade, *a priori* não privilegia nenhuma destas formas de conhecimento espacial contudo, há uma maior aproximação do espaço vivido, enquanto escolha política, em virtude deste espaço ser considerado estratégico, por conjugar e transformar as outras duas formas de espaço.

Combining the real and the imagined, things and thought on equal terms, or at least not privileging one over the other *a priori*, these lived spaces of representation are thus the terrain for the generation of “counterspaces,” spaces of resistance to the dominant order arising

precisely from their subordinate, peripheral or marginalized positing. With its foregrounding of relations of dominance, subordination, and resistance; its subliminal mystery and limited knowability; its radical openness and teeming imagery, this third space of Lefebvre closely approximates what I am defining as Thirdspace (Soja, 1996, p. 68).

Neste sentido, o espaço vivido, o espaço de todas as simultaneidades e possibilidades, é o espaço da luta e da emancipação. É também o espaço no qual as relações de poder e dominação se instauram, assim como o poder da resistência. A escolha da ênfase no terceiro espaço dá-se em virtude de Soja (1996) perceber o espaço como um meio de combater a tendência do conhecimento espacial ter ficado circunscrita ao primeiro espaço e ao segundo espaço e, desse modo, abrir as “fronteiras” do pensamento espacial elevando-o para um nível mais abrangente. “[Thirdspace] is designed not just to critique Firstspace and Secondspace modes of thought, but also to reinvigorate their approaches to spatial knowledge with new possibilities heretofore unthought of inside the traditional spatial disciplines (Soja, 1996, p. 81).

Este é fruto de uma nova imaginação espacial que pensa o espaço para além das suas dimensões física e mental, nos moldes como Lefebvre havia deixado como herança. É neste sentido que Soja (1996) afirma que o terceiro espaço é o espaço “real-e-imaginado e algo mais”, apresentando-o enquanto uma estratégica reabertura do pensamento espacial a partir da incitação de mudança para a dialética: espacialidade-história-sociedade.

Embora a concepção da materialidade do espaço de Soja (1996) tenha sido fortemente influenciada por Lefebvre, chegando o próprio Soja a demonstrar a similaridade entre o terceiro espaço e o espaço vivido, situamos o “salto” de Soja (1996) em relação a Lefebvre, na ênfase que é dada à dimensão espacial, a partir do entendimento de que a espacialidade é inerente à vida humana, instituindo uma forma de pensar a realidade que explicitamente incorpore o espaço enquanto produto e condição de múltiplas possibilidades. Ademais, Soja (2002) afirma que a interpretação do espaço vivido de Lefebvre, assim como o espaço heterotópico de Foucault, tem levado pensadores a pensar em espaços específicos que tentam aí enquadrar, mas que o terceiro espaço pode ser qualquer espaço desde que analisado a partir de uma perspectiva espacial crítica, aquela que não subjugue o espaço à história e ao ser social. Deste modo, o terceiro espaço, como apontou Soja (2002) pode ser um asilo, um jardim ou uma cidade. Podendo este terceiro espaço ser apropriado para transformação e mudança pela ação política.

Ademais, embora a ideia de heterotopia de Foucault (1997 [1984]) não tenha tido grande repercussão em virtude da falta de clareza e mais detalhamento dos princípios do espaço heterotópico, Soja (2002) a posiciona com a ideia de espaço social de Lefebvre enquanto “*thirding*” pela desconstrução de uma lógica binária e criação de uma terceira alternativa, uma lógica significativamente diferente para olhar o espaço, a qual pode ser considerada também como uma “ferramenta” política. “A Thirdspace perspective is not only compatible with other perspectives, it is ontologically necessary, theoretically revealing, empirically insightful, and politically effective” (Soja, 2002, p. 117).

Essas são as bases que foram sendo consolidadas por Soja desde a década de 1980 do século XX, bases estas sob as quais olhou para as questões da (in)justiça espacial na cidade. Em 2010, este geógrafo publica “*Seeking Spatial Justice*” no qual é retomado o debate que contrapõe o tempo e espaço, procurando mais uma vez reiterar a necessidade de uma reestruturação ontológica, o que não significa sobrepor o espaço ao tempo, mas antes de mais, elevar a posição do espaço àquela ocupada, durante pelo menos um século, pelo tempo e sociedade na produção do conhecimento. Procurando demonstrar que a espacialidade condiciona fatores sociais.

Deste modo, o espaço da (in)justiça espacial de Soja (2010a) foge tanto ao primeiro espaço (físico) quanto ao segundo espaço (mental), abrindo-se ao terceiro espaço aqui entendido como uma perspectiva espacial crítica, que reforça o poder analítico e interpretativo do espaço, reconhecendo-o a partir da sua interface ativa no processo de minimização, aprofundamento ou caminho para liberdade das (in)justiças espaciais.

Capítulo 2 – (In)Justiça Espacial

“A injustiça num lugar qualquer é uma ameaça à
justiça em todo o lugar.”

Martin Luther King

As preocupações com as relações entre (in)justiça e espaço na geografia não é recente, mas o envolvimento com esta temática foi marcado por períodos intersticiais, tendo sido enriquecedora as contribuições para este debate advindas também de outras áreas disciplinares, especialmente da sociologia e filosofia política. Contudo, o tema da (in)justiça espacial começou a ganhar mais notoriedade entre os intelectuais sociais no final da última década do século XX especialmente nas pesquisas sobre o espaço urbano (Malheiros e André, 2016), sendo na geografia marcante o trabalho de Harvey (1980 [1973]; 1996; 1992) e Soja (2009; 2010a; 2010b; 2011), destacando-se este último, sobretudo, pela sua proposição de uma teoria da (in)justiça espacial no quadro da construção de um pensamento espacial crítico, vinculado ao que ficou conhecido nas ciências sociais como virada espacial. Embora, como afirmou Williams (2013), o conceito de justiça espacial ainda seja marginal no âmbito da geografia.

A opção pela explicitação do termo “espacial” quando se trabalha a questão da (in)justiça vai no sentido de procurar não se distanciar do significado e da qualidade da (in)justiça explicitada na forma espacial (Soja, 2010a). Assim, a intenção ao associar os termos justiça e espaço

“[...] is not to compete with these alternative terms but to supplement their usefulness through a critical spatialization of justice as a concept, a rethinking in which the spatiality of justice is not only a descriptive material dimension but also a generative, explanatory, and causal force in and of itself” (Soja, 2010b, p. 630).

Outra via que se liga a esta e justifica a escolha do conceito de (in)justiça espacial assenta no interesse em “romper” com a base historicista que comandou a produção do conhecimento no último século, na qual o tempo ganhou mais primazia do que o espaço e a história mais do que a geografia, conferindo uma “distorção ontológica” (Soja, 2010b). Neste sentido, a opção pelo uso do conceito justiça espacial, visa reconhecer a (in)justiça espacial também como produto de forças espaciais tanto quanto sociais e histórica (Woessner, 2010) e assertivamente afirmar a dimensão espacial de modo a compensar a

sua marginalização na produção do conhecimento, reconhecida, em larga medida, como estágios do historicismo social (Soja, 2010a; 2010b).

Ademais, não é apenas a noção de (in)justiça espacial que tem sido utilizada para problematizar questões sobre produção do espaço e desigualdades. As ideias de (in)justiça territorial, social, ambiental, direito à cidade, cidades justas, por exemplo, também têm sido utilizadas para esmerar e aprofundar esse debate. Contudo, o papel do espaço na (re)produção de (in)justiças é ofuscado quando trabalhado a partir de outros conceitos, ainda que as preocupações de base se aproximem.

Mesmo a noção de direito à cidade de Lefebvre que Soja (2010a; 2010b) apontou como equivalente à sua ideia de (in)justiça espacial, vem sofrendo um esvaziamento da espacialidade e da causalidade espacial presente na sua formulação original. Neste sentido, reafirmar a dimensão espacial na compreensão de fenômenos sociais urbanos situando o espaço como dimensão explicativa e/ou estratégia política, aponta para o enriquecimento analítico no âmbito teórico e instrumental na prática da ação coletiva e política.

Assim, este capítulo tem como objetivo discutir as bases do pensamento espacial crítico desenvolvido pelo geógrafo Edward Soja e os “contornos” dado ao conceito de (in)justiça espacial neste quadro, procurando apontar um modo de operacionalização possível à luz da evolução do serviço de urgência. Deste modo, ao longo deste capítulo procuramos apontar as pontes de ligação entre a teoria e o que pretendemos realizar no âmbito desta investigação. Contudo, assumimos desde logo que não é uma ambição dessa discussão definir (in)justiça espacial de modo decisivo, dada a complexidade dos fenômenos urbanos (e sua inserção em diferentes contextos) impedindo desde logo que a (in)justiça espacial tenha um contorno rígido. Além disto, ainda que os termos espaço e justiça tenham sido bem trabalhados pela geografia, filosofia política, direito a definição que resulta da combinação entre os dois não é óbvia e parece se manter em aberto.

Assim, antes de mais, apresentaremos como o conceito de (in)justiça espacial vem sendo incorporado na ciência geográfica, quais têm sido as contribuições advindas de outras áreas disciplinares para o aprofundamento deste debate, procurando ainda dialogar com ideias divergentes ao pensamento espacial crítico de Soja, a partir do entendimento de que as ideias não se fortalecem apenas com os contributos que enaltecem os seus pontos fortes, mas também com aqueles que apontam seus pilares menos desenvolvidos.

Finalmente, discutiremos brevemente as ideias que sustentam o conceito de capital espacial incorporado nesta investigação para complementar o pensamento espacial crítico, procurando reforçar o papel do espaço, enquanto um ativo, na definição e materialização de práticas socioespaciais que podem resultar em (in)justiça espacial.

2.1 A (in)justiça espacial na ciência geográfica e contribuições

Na abordagem do tema da (in)justiça espacial, sobretudo no campo da geografia, na qual os conceitos de espaço e território estão longe de serem sinónimos, torna-se incontornável explicar as diferenças entre estes conceitos e justificar a escolha do termo (in)justiça espacial em detrimento da (in)justiça territorial. Para Lee (2000) a justiça territorial é entendida como

[...] a aplicação dos princípios de justiça social às unidades territoriais. Como tal pode ser o princípio de aplicação das políticas territoriais. Não obstante, a justiça territorial deve ter em conta tanto as condições de geração de riqueza e bem-estar social, como sua distribuição, o que somente faz sentido dentro de um contexto particular de relações sociais [...] (p. 342).

Vê-se que o entendimento dos processos de produção de (in)justiça territorial está ligado à compreensão do processo de geração de riqueza e a natureza de sua distribuição, contudo sem menção explícita ao espaço enquanto um elemento operante neste processo, mas às unidades territoriais cuja dimensão social é central. Já a preocupação com a distribuição de riqueza e seu contexto social de produção preserva uma essência semelhante à justiça espacial, estando este conceito ligado à distribuição de recursos e oportunidades, capaz de contrariar desigualdades (Malheiros e André, 2016; Soja, 2010a, Souza, 2011, Harvey, 1980 [1973]). Contudo, espaço/espacial é mais abrangente do que território/territorial, sendo o território um aspecto específico da espacialidade social e a justiça territorial um aspecto da justiça espacial, mas não equivalente. Podendo ser utilizados conceitos de justiça ambiental ou territorial, por exemplo, para reforçar aspectos específicos no quadro de uma (in)justiça espacial mais ampla (Souza, 2011, Soja, 2011).

Deste modo, a (in)justiça espacial além de chamar atenção para os processos sociais que estão na base da sua produção, o que inclui o entendimento da lógica de produção de um determinado espaço e os interesses subjacentes a esta produção, volta-se para a dimensão material enquanto componente operante da dinâmica social. Englobando, deste modo, as

preocupações da justiça territorial, mas “desmistificando” o espaço enquanto mera produção social cristalizada.

A ciência geográfica tem contribuído para as discussões sobre (in)justiça, sobretudo no ambiente urbano, embora grande parte das atuais reflexões intelectuais acerca deste tema venha da filosofia, da sociologia urbana, da ciência política, através de pensadores como Peter Marcuse (2009), Susan Fainstein (2009a; 2009b, 2010), Jon Liss (2010), Núria Benach (2011), Iris Marion Young (1990; 2009) e Nancy Fraser (2009, 2012). Na geografia, os maiores nomes são, indiscutivelmente, David Harvey e Edward Soja, este último fortemente inspirado pelas contribuições do filósofo e sociólogo Henri Lefebvre (1991 [1974]).

Embora o envolvimento das questões da (in)justiça com o espaço não seja recente, remontando à antiguidade clássica (descrição de cidade justa de Sócrates), até o final da década de 1960, a perspectiva espacial da (in)justiça não teve grande reconhecimento (Carmo, 2019).

A aproximação com as ideias de justiça espacial com um caráter geográfico tem como marco a obra de Bleddyn Davies “*Social Needs and Resources in Local Services*”, publicada em 1968, na qual é usado o termo “justiça territorial” (Malheiros e André, 2016; Soja, 2010a). Embora Bennetot (2011 *apud* Lima, 2012) aponte Jean Gottmann como aquele que primeiro abordou a relação entre igualdade e justiça espacial em sua obra “*La politique des États et leur géographie*”, em 1951.

Bleddyn Davies, no seu trabalho, estudou a distribuição dos serviços locais procurando estabelecer uma relação entre sua localização e a necessidade dos lugares, criticando uma distribuição que leve em conta apenas o critério do potencial demográfico. Assim, para ele, somente a partir de uma distribuição associada às necessidades dos lugares estar-se-ia diante de uma justiça territorial, a qual deveria ser tomada como meta governamental, ou seja, deveria ser perseguida aquando da distribuição de bens e serviços sociais entre os diferentes territórios (Dikeç, 2001; Soja, 2010a).

Este interesse geográfico pelo tema da (in)justiça nas cidades na segunda metade do século XX esteve, por sua vez, ligado aos movimentos sociais que na década de 1960 trouxeram em suas pautas de reivindicações o direito à diferença, à justiça social, à igualdade étnica, no contexto de uma crescente insatisfação com as desigualdades que se materializavam nas cidades a partir de um crescimento econômico exclusivo, que trazia

no seu bojo uma crescente periferização e erosão dos direitos sociais (Smith, 1996; Soja, 2010a). O trabalho de Davies se encaixou neste quadro, contudo, ainda que o conceito de justiça territorial tenha sido apropriado por muitos planejadores, após sua obra, não houve nenhum esforço no sentido de teorizá-lo (Dikeç, 2001; Soja, 2010a).

Contudo, foi no âmbito do desenvolvimento de uma geografia que buscou distanciamento em relação às preocupações centradas apenas na distribuição de equipamentos, das pessoas e dos bens e serviços no espaço, considerado quase sempre como uma “tábula rasa”, negligenciando os processos implícitos à sua (re)produção, que pela primeira vez se cunha o termo “justiça espacial”, embora com pouco impacto no pensamento geográfico. Este termo apareceu no âmbito da tese de doutoramento, do geógrafo, Jonh O’Loughlin, em 1973, intitulada “*Spatial Justice for the Black American Voter: the territorial dimension of Urbans Politics*”, que estudou as relações entre raça e espaço no contexto norte-americano (Malheiros e André, 2016).

Para Soja (2009), o reconhecimento das profundas ligações entre geografia e (in)justiça aconteceu verdadeiramente com a célebre obra *Justiça Social e a Cidade* (JSC), publicada em 1973 por David Harvey. Ademais, lembra o autor que de meados da década de 1980 até à virada do século, tanto o uso quanto o aprimoramento do conceito de (in)justiça espacial foram praticamente um exercício “exclusivo” de geógrafos e planejadores ligados à escola de Los Angeles. Esta obra de Harvey é considerada um importante trabalho no que tange à afirmação da ciência geográfica nas discussões que envolvem o tema da (in)justiça, justificando a explanação sobre as suas principais contribuições.

As obras de David Harvey refletem as mudanças de paradigma pelas quais passou, e JSC é aquela que notadamente apresenta duas lentes a partir das quais Harvey discutiu as questões das desigualdades e (in)justiças na cidade. Uma de cariz mais liberal – influenciada por John Ralws, o qual para Mendieta (2011) é metaforicamente espacial, mas o norteamento da justiça é dado pela distribuição de recursos em um espaço abstrato – e outra de cunho socialista – na qual as forças capitalistas e a forma como (re)produzem desigualdades na cidade ganharam mais destaque, tendo as ideias marxistas como norteadoras (Carmo, 2019).

Inspirado em uma justiça de matriz distributiva, Harvey (1980, [1973], p. 98) define justiça territorial como a “[...] distribuição socialmente justa obtida de forma justa”. Para este autor, a alocação de recursos deveria estar em sintonia com as necessidades das pessoas, sendo a desarmonia entre esses dois elementos um indicativo de (in)justiça

territorial. Esta é um produto da relação entre a distribuição de recursos e as necessidades de espaços privilegiados e de oportunidades e/ou os espaços oprimidos e de desvantagens; havendo assim semelhanças com as preocupações já apontadas por Bleddyn Davies.

Contudo, procurando incorporar uma nova dimensão ao estudo da (in)justiça distributiva de base rawlsiana, Harvey (1980, [1973]) aponta que tão importante quanto a análise dos resultados para o entendimento da (in)justiça na cidade era a análise do processo produtivo na sua (re)produção, afastando-se das suas formulações mais liberais centradas na distribuição equitativa de recursos em um espaço visto como uma planície isotrópica (Carmo, 2019).

Deste modo, Harvey (1980, [1973]) avança na discussão sobre o papel da produção e da divisão social do trabalho enquanto uma fonte de (in)justiça na cidade, trazendo para o centro do debate os processos “invisíveis” (sociais e econômicos) que estão na base de sua (re)produção, sendo esta uma das grandes contribuições de sua obra.

Nesta continuidade, o discurso de Harvey foi se aproximando cada vez mais das ideias marxistas ocupando o centro de sua discussão o funcionamento da cidade capitalista enquanto geradora de desigualdades favorecendo os grupos sociais detentores de poder e capital, marcando esta ideia a segunda parte do seu livro. Neste quadro, a cidade capitalista foi entendida por Harvey (1980, [1973]) como uma máquina geradora e reprodutora de desigualdades e (in)justiças na medida em que os espaços mais atrativos captavam cada vez mais investimentos, enquanto os espaços oprimidos concentravam os investimentos menos lucrativos. Enfatizando que a (re)produção das cidades é marcada por uma geografia discriminatória e desigual que favorece processos de acumulação de capital, configurando assim espaços luminosos e espaços opacos, no espaço geográfico, para utilizar a terminologia sugerida por Santos (1997 [1994]; 2006 [1996]).

Neste seguimento, o que importava saber era como as forças capitalistas, ao usar o espaço construído, conformavam geografias que garantiam a reprodução e acumulação de capital, salvaguardando as necessidades dos grupos sociais mais privilegiados, deixando clara a relação existente entre capital e geografia. No pensamento de Harvey (1980, [1973]), as geografias são apresentadas enquanto correspondentes a uma dada formação sociohistórica, adequando-se através das forças sociais as condições mais favoráveis à reprodução do capital. Daí não se poder afirmar a ausência total do espaço ou a aespacialidade da teoria marxista, senão, dentro dela, o reconhecimento do espaço como produto social e ocultação da causalidade do espaço na (re)produção de (in)justiças.

Com esta leitura marxista, assente no campo de análise da economia política, Harvey (1980 [1973]) não vai longe quanto ao papel assumido pelo espaço no aprofundamento ou minimização das (in)justiças, atribuindo, em sua análise, o imobilismo, a fixidez e a inatividade ao espaço construído, sendo este apresentado, ora como uma mola propulsora da acumulação de capital ora como obstáculo a este mesmo processo. Desse modo, em JSC Harvey não avança sobre o papel que as espacialidades desempenham no processo de produção de cidades mais ou menos injustas, assumindo uma relativa inércia da espacialidade frente às dinâmicas sociais, ganhando expressividade na discussão sobre as desigualdades e (in)justiças na cidade conceitos como mais-valia, modo de produção, valor de uso e valor de troca, havendo de fundo um esgotamento da abordagem da (in)justiça (Carmo, 2014).

Para Soja (2010b), embora o marxismo tenha a partir de suas ideias mudado a forma de pensar a geografia urbana, os pensadores que ficaram nele “presos” afastaram-se da dimensão espacial e da sua centralidade na explicação dos fenômenos urbanos. Embora Soja (2010a) mencione com entusiasmo o interesse de Harvey pelas questões da justiça ambiental e, em larga medida, do direito à cidade no início dos anos 2000, em sua obra *Espaços de Esperança*.

É certo que a espacialidade por si só não é capaz de garantir uma “produção” justa de cidade, pois como disse Marcuse (2009, p.54), “remédios” espaciais não são suficientes, quando se está sob um modelo social, econômico e político desigual. Todavia, o pensamento espacial crítico que está por trás da teorização da (in)justiça espacial tenta afastar-se da sua redutibilidade a exploração descritiva da justiça social, na busca de uma espacialização do conceito (Soja, 2010b). Embora a distribuição de bens e serviços no espaço que procuram contrariar segregação socioespacial de diferentes bases sejam fundamentais ao alcance da justiça espacial (Soja, 2010a; Malheiros e André, 2016).

Porventura, um dos maiores contributos da obra JSC para os estudos sobre (in)justiça espacial, é a sua análise sobre o processo de produção e distribuição desigual de riqueza não se centrar apenas nos resultados, mas também nos processos que produzem geografias injustas, acrescentando Soja (2010a, p. 81-82) “[...] linking the search for justice to its sources in various kinds of discriminatory practices, including those he saw as inherent to the normal operation of urban labor and housing markets, government, and planning”.

Somente dez anos depois da primeira publicação de JSC o tema da (in)justiça espacial reapareceu explicitamente no título do trabalho do geógrafo sul-africano Gordon H. Pirie,

o qual, à luz do *apartheid*, lamentou no seu trabalho o abandono das reflexões acerca da espacialidade da (in)justiça, sugerindo a formulação de uma concepção de (in)justiça espacial a partir da combinação das noções de (in)justiça espacial e (in)justiça territorial. Para tanto, o esforço para alcançar esta formulação de (in)justiça espacial, na visão de Pirie, perpassa pelo abandono da concepção de espaço enquanto um dado *a priori*, um palco do desenrolar da vida social (Carmo, 2014). Até à virada do século não foi publicado nenhum outro trabalho que explicitamente trouxesse no título o termo justiça espacial (Soja, 2010a).

David Harvey ainda voltou a dedicar-se ao tema da (in)justiça tendo publicado, em 1992, o artigo *Social Justice, Postmodernism and the City* e, mais tarde, em 1996, a obra *Justice, Nature & the Geography of Difference*. Nestes dois trabalhos há a reafirmação da justiça social como um caminho de luta contra os princípios capitalistas, encerrando em si um potencial político para as mobilizações coletivas. Além disso, é reforçado nas duas obras o desafio da justiça social se afirmar enquanto ideário universal, em virtude das múltiplas teorias da justiça relacionadas tanto com os diferentes posicionamentos dos sujeitos quanto com as transformações históricas que vão incluindo novas dimensões de análise. Preocupações estas também partilhadas por Smith (1996).

Na obra *Justice, Nature & the Geography of Difference*, são apontadas por Harvey (1996), a partir da discussão envolvendo geografia e a (in)justiça social, as três dimensões da justiça social por ele consideradas: a cultura, o posicionamento e a escala. No que diz respeito à cultura, Harvey (1996) chama atenção para o risco da cultura, uma vez colocada sob categorias culturais, tornar-se um elemento mais opressor do que libertador, já que para este autor as categorizações por si mesmas – de raça e de etnia – podem levantar barreiras difíceis de serem contornadas, sendo os particularismos culturais uma limitação à justiça social.

No que tange à escala como uma das dimensões da justiça social, o autor abre o diálogo sobre a relevância da ação em duas escalas: a escala do pensar, da emancipação, e a escala do agir. Isto porque Harvey apesar de reconhecer a grande relevância da ação circunscrita ao local, às pequenas áreas, a grupos restritos, chama também atenção para o risco dessas ações potencialmente se afastarem do debate mais amplo, obscurecendo a visão e dificultando uma crítica mais profunda do capitalismo com vista à sua transformação. Neste sentido, a busca de justiça social deve “costurar” diferentes escalas nas quais a vida se realiza.

Isto foi um pouco da reflexão que também deixou Neil Smith (1996) na publicação “*The Urbanization of Injustice*”, apontando como um grande desafio o refletir sobre as várias formas de opressão e injustiça sem perder de vista a problematização do capitalismo enquanto mola mestra do processo de produção de sociedades desiguais e heterogêneas, reforçando a pertinência de pensar a justiça social ao mesmo tempo de modo analítico e instrumental, aproximando-se das discussões intercalares ora levantadas por Harvey (1996).

Por fim, no que diz respeito ao posicionamento, Harvey (1996) reconhece que todo o conhecimento é situado, e ainda que o posicionamento reflita trajetórias e biografias próprias, não deve ser entendido como um elemento que atomiza os indivíduos, pois embora saibamos que os indivíduos são construções heterogêneas, são também essas heterogeneidades que guardam elementos que unificam, que são permanentes, os quais por sua vez orientam a ação política para a justiça social, mesmo que os indivíduos flutuem entre essencialidade e fluidez identitária.

A aproximação de Harvey (1996) das discussões sobre (in)justiça nesta última obra teve por base o fortalecimento das ideias de justiça social, sendo o espaço ofuscado nos moldes das obras anteriores. Contudo, chamamos atenção para o fato de que tanto a justiça social de Harvey quanto a justiça espacial de Soja estão voltadas para o enfrentamento de realidades concretas a partir da sua apropriação como força unificadora para a ação política de movimentos sociais, servindo de apoio para estes movimentos ultrapassarem interesses individuais e criarem coalizões mais amplas. Não estando Soja, por exemplo, preocupado com o desdobramento filosófico da justiça, “instead, the emphasis is very much on the contemporary resonance of the word itself as what is variously described as ‘a mobilizing force’, a ‘stirring demand’, ‘a powerful rallying cry’ or ‘a mobilizing concept’ (Cunningham, 2010, p. 604).

Ainda um pouco antes da publicação de Harvey (1996) e Smith (1996), Steven Flusty, em 1994, no contexto de reestruturação econômica e social pelo qual passava Los Angeles, referiu-se ao processo de “erosão” da justiça espacial, exatamente para realçar as desigualdades e as geografias (in)justas que se inscreviam no espaço metropolitano daquela metrópole, chamando atenção para a importância do poder de mobilização social para confrontar as geografias (in)justas que se desenhavam (Soja, 2010a).

Com contribuições também relevantes para o tema da (in)justiça e com alguma influência no pensamento geográfico, destacam-se as reflexões da filósofa política Iris Marion

Young, que assentam na crítica a uma concepção liberal de justiça voltada para a redistribuição, como aquela defendida por John Rawls na obra “*A Theory of Justice*”, publicada em 1971. A sua principal crítica à lógica redistributiva como caminho para alcançar sociedades mais justas, parte da ideia de que com a orientação dos esforços para a distribuição de bens e recursos, corre-se o risco de naturalizar/negligenciar a compreensão dos contextos sociais e políticos responsáveis pela lógica distributiva posta. E, por isso, considera limitada qualquer perspectiva que perceba o fator distribuição como uma dimensão crucial para garantir que uma sociedade seja justa, pois a justiça para ela está aquém da distribuição (Young, 1990).

Embora a concepção de justiça de Rawls (1999 [1971]) tenha assinalado um novo marco para a filosofia política do século XX e atravessado diferentes áreas, constatou-se que as abordagens geográficas e, como se vê, filosóficas, têm-se distanciado de uma concepção liberal de justiça, reconhecendo que a compreensão da geografia das (in)justiças comprometida efetivamente com a transformação perpassa pelo desnudamento das dinâmicas socio-espaciais que lhes dão forma. Neste quadro, Young (1990) extrapola as preocupações distributivas recorrendo ao entendimento das instituições e das condições em que elas operam, tanto para promover valores humanos assentados no desenvolvimento de capacidades quanto para fomentar a participação das pessoas nos processos de tomada de decisão. Deste modo, a (in)justiça espacial para Young pode ser analisada a partir de duas dimensões, uma de caráter estrutural e outra processual (Young, 1990). Enquanto a primeira está focada na distribuição dos bens e recursos no espaço e as condições diferenciadas de acesso dos indivíduos, resultando nas desigualdades socioespaciais, a segunda está ligada ao processo de tomada de decisão com ou sem participação dos sujeitos interessados. Deste modo, essas duas dimensões da justiça espacial são complementares, na medida que uma aborda os resultados das políticas, as quais podem assegurar uma “melhor” ou “pior” repartição dos recursos, e a outra os modelos de decisão, ligando-se à importância dos processos como já tinha apontado Harvey (1980 [1973]).

Contudo, para Young (1990), o alcance da justiça a partir da complementaridade entre essas duas dimensões está condicionado à eliminação da opressão⁸ e da dominação⁹ nas suas diversas formas, apontando, por exemplo, os fenômenos da exploração, da marginalização, da impotência, do imperialismo cultural e da violência, como as faces da opressão e base da (in)justiça na cidade. Card (2009), a partir de uma leitura crítica da obra de Young, atesta que esta autora ao trabalhar o tema da justiça não parte de uma visão ideal de cidade justa, mas de uma situação concreta de (in)justiça, na tentativa de pensar o contexto - de opressão e dominação - de sua (re)produção, contrariando as concepções liberais, focalizadas, em larga medida, no indivíduo atomizado e descontextualizado que impede o aprofundamento do debate sobre (in)justiça no quadro dos grupos sociais.

A viragem do século, em um contexto de globalização capitalista e processos de transformações econômicas profundas, geradores de geografias heterogêneas e marcada por profundas desigualdades socioespaciais, assinalou o avivamento dos estudos voltados para a relação entre geografia e (in)justiça nas mais diversas áreas. No seio da ciência geográfica, as contribuições ao debate sobre (in)justiça espacial foram retomadas a partir dos anos 2000, ocupando o espaço posição central na análise. Nesta linha, em 2001, foi publicado por Mustafa Dikeç o artigo “*Justice and the spatial imagination*”, no qual o espaço é apresentado como um potencial campo de força política contra a (in)justiça, desde que elucidadas as relações existentes entre espaço e (in)justiça, chamando a atenção para a necessidade de “ler” a (in)justiça presente e aprofundada pela espacialidade.

Para Dikeç (2001) se, por um lado, a configuração espacial pode contribuir para o aprofundamento da opressão e dominação geradoras de (in)justiça espacial, esse mesmo espaço pode ser analisado enquanto um meio através do qual se pode alcançar a emancipação e a minimização das (in)justiças. Esta emancipação apresentada por Dikeç (2001) estaria nas mãos de movimentos emancipatórios que, diante de configurações espaciais injustas, principalmente em sociedades onde as injustiças espaciais marcam

⁸ Opressão para Young (1990) consiste “[...] in systematic institutional processes which prevent some people from learning and using satisfying and expansive skills in socially recognized settings, or institutionalized social processes which inhibit people's ability to play and communicate with others or to express their feelings and perspective on social life in contexts where others can listen. [...] oppression designates the disadvantage and injustice some people suffer not because a tyrannical power coerces them, but because of the everyday practices of a well-intentioned liberal society” (p. 38-41).

⁹ E a dominação refere-se “[...] in institutional conditions which inhibit or prevent people from participating in determining their actions or the conditions of their actions (Young, 1990, p. 38).

mais a paisagem urbana, se rebelariam contra a dominação e opressão. Este pensamento conflui com o de Soja (2010a), quando assinalam que as injustiças espaciais fortalecem o potencial dos atingidos por ela, fazendo convergir interesses individuais em coletivos pela luta ao direito à cidade, por cidades sem injustiças, acrescentamos nos moldes como pensou Fainstein (2009b; 2010), cidades democráticas com condições para igualdade e diversidade. Pois, se de um lado, a transformação social profunda das condições de opressão, desigualdades e injustiças estão nas “mãos” daqueles que detêm o “poder” e podem, normativamente, minimizar ou impedir a (re)produção da espacialidade da injustiça, através da elaboração de políticas sob a lógica da justiça da espacialidade, por outro lado, estão também nas mãos daqueles que vivem os espaços de injustiça espacial.

Ainda para Dikeç (2001) é de grande relevância todo o esforço reflexivo no sentido de compreender dialeticamente a (in)justiça espacial, primeiro analisando a espacialidade da justiça, ou seja, os fatores ligados à localização e distribuição de bens e serviços e o contexto socioeconómico que estão na base de dada formação socioespacial; e segundo dando atenção a injustiça da espacialidade, de carácter muito mais político e voltado para a natureza dos processos de tomada de decisão e limitadas respostas políticas à superação das (in)justiças. Newman (2009) aponta também a materialidade da justiça espacial como uma ferramenta de combate a própria injustiça, uma vez “apropriada” por sujeitos ativos no processo de luta por espaços de emancipação na cidade, na linha do que foi sendo defendido por E. Soja e Dikeç.

Para Dikeç (2001), as práticas espaciais não apenas criam espaços de opressão e exploração, como também são mantidas como condição *sine qua non* na cidade capitalista na qual dois ciclos se reproduzem, nomeadamente um ciclo de vulnerabilidade regressiva que funciona como atração para condições desvantajosas dos indivíduos e dos seus lugares de vida (Carmo, Cachado e Ferreira, 2015; Nogueira, 2009), e um ciclo de oportunidades que reforçam territórios bem infraestruturados a nível do habitat e da habitabilidade, bem como do ponto de vista técnico-informacional.

Contribuições ao debate sobre (in)justiça espacial é também trazido por Peter Marcuse, especialmente com a publicação, em 2009, do artigo “*Spatial Justice: Derivative but Causal of Social Injustice*”. O espaço na abordagem de Marcuse não é todo negado, mas assume claramente uma posição marginal. Este autor aponta que o foco na espacialidade da justiça pode ser algo perigoso, tendendo a escamotear as raízes causais mais profundas

das (in)justiças, sendo o aspecto social da (in)justiça resultante de uma injustiça social mais ampla.

Para Marcuse (2009), duas formas de injustiça presentes nas cidades contemporâneas são (i) o confinamento involuntário de algum grupo num espaço limitado, como a formação de guetos e grupos segregados e (ii) a distribuição desigual de recursos no espaço. Sendo estas duas formas as partes visíveis da (in)justiça. Baseando-se a justiça espacial em quatro princípios: (i) a injustiça espacial é derivada de uma injustiça social mais ampla; (ii) a injustiça social tem sempre seu aspecto espacial e essa injustiça social não pode ser compreendida fora dos seus aspectos espaciais; (iii) os remédios espaciais são necessários, mas não suficientes para remediar as injustiças espaciais; (iv) o papel da injustiça espacial relativo à injustiça social depende de mudanças nas condições sociais, econômicas e políticas. No pensamento de Marcuse (2009), fica evidenciada a ênfase na justiça social e a redutibilidade do espaço e da espacialidade a aspectos geográficos da justiça social, como temia Soja (2010a; 2010b). Ressaltamos ainda a relevância que confere aos processos que estão na base da (re)produção da (in)justiça, como já demonstramos em outros autores.

Logo a seguir e de modo mais extensivo, Soja (2010a) apresenta a noção de (in)justiça espacial assente em uma perspectiva espacial crítica, que se esforçou para construir (1993 [1989]; 1996; 2000), procurando resgatar e reforçar o papel do espaço no processo de produção e reprodução das (in)justiças espaciais, na tentativa de reequilibrar as dimensões social e espacial na explicação dos fenômenos urbanos, não significando, por seu turno, a negação da dialética socio-espacial, nem o total deslocamento da interpretação da (in)justiça a partir da espacialidade.

As contribuições do pensamento de Edward Soja dizem respeito não apenas ao tema da (in)justiça, mas em maior grau à ciência geográfica, pela afirmação da dialética socioespacial que procurou, a partir do que ele chamou de pensamento espacial crítico, um “rebalanço ontológico”, buscando centralizar o espaço como fator explicativo de fenômenos sociais, no qual se inclui a (in)justiça espacial, contrariando o historicismo social hegemônico no pensamento ocidental. O pensamento espacial crítico proposto por Soja (2010a) é conduzido a partir de três princípios: (i) o reconhecimento da ontologia espacial do ser; somos seres espaciais assim como temporais e sociais; (ii) o espaço é socialmente produzido e pode consequentemente ser socialmente alterado; (iii) há uma

dialética socioespacial: o espacial molda o social, mas este é também moldado pelas relações sociais.

Esta breve passagem sobre o tema da (in)justiça espacial demonstra a proximidade com o debate que envolve direito à cidade, justiça territorial, justiça social, sendo o uso do termo (in)justiça espacial um reforço do papel do espaço na teoria crítica. Como vimos, contribuições ao tema da (in)justiça na cidade não ficaram circunscritas à geografia, advindo contribuições de diferentes áreas, havendo uma confluência entre a relevância de considerar o aspecto visível da (in)justiça, bem como os processos de tomada de decisão que estão na base da (re)produção de (in)justiças na cidade, ainda que a explicitação da causalidade do espaço tenha ficado restrita ao pensamento espacial de Soja fundamentado pelas ideias de Lefebvre. Ademais, o conceito de justiça espacial procura ultrapassar a componente teórica, tendo-se tornado também uma ferramenta de análise para interpretação de políticas territoriais (Pereira e Ramalhete, 2017). Podendo ainda ser a (in)justiça espacial um instrumento “apropriado” por sujeitos ativos para lutar pela sua reconversão em espaços de justiça na cidade.

Apenas para reforçar o crescente interesse que as discussões sobre o tema da justiça espacial tem ganho, foi criado, em 2009, a revista eletrônica bilíngue *Justice Spatiale / Spatial Justice* (JSSJ)¹⁰, na qual se reúnem trabalhos que tratam as relações entre (in)justiça e espaço, reforçando as relações intrínsecas entre espaço e sociedade e a relevância da dimensão espacial para a compreensão das (in)justiças nas cidades.

Esta iniciativa é fruto de um profícuo e inacabado debate ocorrido no âmbito de uma Conferência sobre (in)justiça espacial que ocorreu no primeiro trimestre de 2008 na Universidade de Paris Ouest Nanterre, na qual ficou evidente, segundo Dufaux *et al.* (2009), a necessidade e urgência para continuar a discussão que envolve as relações entre espaço e justiça, ultrapassando as barreiras disciplinares, linguísticas e culturais. Do mesmo modo, a revista *City*¹¹ publicou, em 2010 e 2011, volumes especiais que reuniram, especialmente, artigos de geógrafos e planejadores urbanos sobre o pensamento espacial crítico e a (in)justiça espacial proposta por Edward Soja.

¹⁰ JSSJ - Justice Spatiale | Spatial Justice. Disponível em: <http://www.jssj.org/>

¹¹ City – “‘Seeking Spatial Justice’: Responses to and comments from Edward Soja.” Disponível em: <https://www.tandfonline.com/toc/ccit20/14/6?nav=tocList>
City – “Seeking Spatial Justice: Part Two”. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/toc/ccit20/15/1?nav=tocList>

Neste seguimento torna-se evidente que é limitado discutir a (in)justiça espacial sem extrapolar as fronteiras da geografia, assim como não tocar no debate referente à (in)justiça social e/ou a (in)justiça territorial, tendo em vista que essas noções de (in)justiça partilham ao menos um objetivo comum, que está assente no alcance de uma sociedade igualitária construída através de esferas decisórias democráticas e participativas. Com o intuito de afunilar a discussão ora proposta, no próximo tópico discutiremos a justiça espacial sugerida por E. Soja, no intuito de elucidar os princípios do pensamento espacial crítico sob os quais está assente a noção de (in) justiça espacial adotada neste trabalho.

2.2 O pensamento espacial crítico e a (in)justiça espacial em Edward Soja

A reflexão de Edward Soja no sentido de construir as bases do pensamento espacial crítico não é nova. Na trilogia *Geografias Pós-Modernas - A Reafirmação do Espaço na Teoria Social Crítica* (1989), *Thirdspace-Journeys to Los Angeles and Other Real-and-Imagined Places* (1996) e *Postmetropolis – Critical Studies of Cities and Regions* (2000) se entrecruzam ideias à volta do direito à cidade, dialética do espaço, terceiro espaço, causalidade espacial e perspectiva espacial em torno da teoria social, fundamentos do pensamento espacial deixado por este geógrafo. A aparente “obsessão” de Soja pelo número três (ex: dialética, thirdspace) indicava que após a publicação de *Postmetropolis*, último da sua trilogia, as reflexões sobre o pensamento espacial parariam ali e não viria mais nada de novo. Contudo, não foi o que pensou irônica e profeticamente David Clarke no final de uma revisão do livro *Postmetropolis*, quando disse que aguardava ansiosamente pela quarta parte da trilogia de Soja, como nos lembrou Albet (2011).

De fato, dez anos mais tarde, em 2010, é publicado por Soja o livro *Seeking Spatial Justice*, incorporando, resumindo e contendo os fundamentos do seu pensamento espacial crítico, mas de forma mais acessível a um público muito mais amplo. Com esta obra Soja demonstra que a ênfase na espacialidade tem base de sustentação, procurando este autor imbricar a discussão teórica sobre (in)justiça espacial com a componente empírica de formulação e prática de políticas, realçando a importância de reforços mútuos entre teoria e prática (Albet, 2011; Woessner, 2010).

Neste sentido, esta última publicação inova face às anteriores ao demonstrar como o pensamento espacial crítico extrapolou os limites do pensamento académico, reconhecendo Soja os fundamentos do seu pensamento espacial na prática de movimentos

sociais urbanos em Los Angeles, o que contribuiu para este autor refletir sobre o conceito de justiça espacial aplicado às lutas sociais urbanas em diferentes escalas (Benach, 2011), dando confiança às bases do pensamento espacial de Soja como ele mesmo exprimiu.

The expanded practical and political role of spatial theory has made me more confident than ever before of the inherent power of spatial thinking and the attendant practical and theoretical payoffs that come from putting space as an interpretive perspective first rather than subordinating it to more social and historical modes of analysis. This has reinforced my insistence on interpreting justice as specifically and inherently spatial rather than seeing it as merely the geographical dimension of social justice, or attaching to justice such other labels as environmental or territorial (Soja, 2010b, p. 630).

Para Soja (2010a; 2010b) é de conhecimento geral que todos os seres humanos são seres sociais, sendo esta existência social mediada por um contexto num quadro de relações. Neste sentido, o conhecimento e entendimento sobre “nossa vida no mundo” têm sido mediados por uma ontologia social, gerando o que ele designa de “distorção ontológica”, que também provoca, em algum grau, uma distorção epistemológica que recai sobre o quadro teórico e prático da ciência, tornando urgente uma “reestruturação ontológica” que equilibre as dimensões social, temporal e espacial do ser.

An outline of this ontological restructuring has been presented earlier and can be summarized in easily understandable terms: human being-in-the-world as well as what the ontologists call ‘becoming’, the living out of our lives, are essentially social, temporal, and spatial. At this very basic level, everything else in life is contingent on this spatio-temporal sociality of human existence (Soja, 2010a, p. 70)

E complementa Soja (2010b, p. 629)

Caution is necessary in promoting this assertive critical spatial perspective to avoid simply replacing social and historical determinisms with purely spatial ones. Such caution, however, should not prevent a determined and transdisciplinary effort to reconstitute a threesided rather than binary ontology of being.

Neste seguimento, a argumentação de Soja (2010a; 2010b) vai no sentido de que as teorias e suas respectivas bases epistemológicas têm sido orientadas de modo que os aspectos sociais e temporais-históricos têm ocupado uma posição privilegiada quanto ao entendimento e explicação do acontecer social, recebendo muito menos importância a dimensão espacial. Para Soja (2010b), o passo em direção à reestruturação ontológica inicia-se pela contestação da hegemonia do historicismo social como fator explicativo do desenvolvimento histórico.

Segundo Foucault (1986 *apud* Soja, 2010a), a ênfase em uma ontologia social e histórica marca o pensamento ocidental desde a segunda metade do século XIX, incutindo no pensamento científico a tendência de polarização do tempo e do espaço, enquanto dinâmico e fixo, respectivamente. Ainda segundo Foucault (*apud* Soja, 2010a), embora haja uma sobrevalorização da dimensão social e histórica do ser, nas ciências sociais e, sobretudo, no pensamento científico marxista, não há fundamentação de que a existência social e histórica do indivíduo seja mais relevante do que a existência espacial.

Ainda em 1980, Soja escreveu o texto “*The Socio-Spatial Dialect*”, como resposta à exacerbada ênfase dada à dinâmica social na abordagem marxista, na qual as forças sociais no sistema capitalista de produção apareciam como produtoras das configurações espaciais, nos moldes como fez Harvey (1980 [1973]) em sua análise da cidade. O interesse de Soja com aquela obra era chamar atenção aos geógrafos marxistas que o espaço também deveria ser trazido para o centro da análise e ser percebido como uma força explicativa da (re)produção de desigualdades, alegando ser um contrassenso o espaço ser relegado para um plano apenas de produto social, aproximando-se das ideias de Foucault e Lefebvre (Woessner, 2010).

Por conseguinte, o objetivo de Soja com os princípios do pensamento espacial crítico foi desafiar as abordagens marxistas, e diríamos a produção do pensamento assente no historicismo social, através da assertiva de que a estrutura espacial também influencia as práticas sociais, pensamento este que Soja (2009) estava convencido de que vem ganhando espaço em anos mais recentes, e não só na geografia, como ele mesmo sublinhou.

Thinking about space has changed significantly in recent years, from emphasizing flat cartographic notions of space as container or stage of human activity or merely the physical dimensions of fixed form, to an active force shaping human life. A new emphasis on specifically urban spatial causality has emerged to explore the generative effects of urban agglomerations not just on everyday behavior but on such processes as technological innovation, artistic creativity, economic development, social change as well as environmental degradation, social polarization, widening income gaps, international politics, and, more specifically, the production of justice and injustice (Soja, 2009, p. 2)

Soja (1989) se apoia na idéia de “imaginação sociológica” de Mills (1959, *apud* Soja, 1989), a qual chama de “imaginação histórica” para retratar que as lentes do historicismo usadas para a compreensão dos fenômenos sociais, bem como dos indivíduos, ainda que assente na história, não eram de todo “desprovidas” de espaço, mesmo que a geografia não tenha sido aí enfatizada. Para Soja (1989) os fenômenos sociais, ainda que analisados

à luz da história, “[...] *they have milieux, immediate locales, provocative emplacements which affect thought and action*” (Soja, 1989, p. 14), ou seja, também tem uma geografia que pode ser ou não negligenciada na análise dos fenômenos. Não perceber esta geografia é olhar o desenvolvimento histórico e o tempo como dimensões mutáveis que definem as ações, as quais, por sua vez, se materializam em um cenário, contribuindo para a periferização do pensamento espacial (Soja, 1989).

Deste modo, Soja percebe o historicismo

[...] as an overdeveloped historical contextualization of social life and social theory that actively submerges and peripheralizes the geographical or spatial imagination. This definition does not deny the extraordinary power and importance of historiography as a mode of emancipatory insights, but identifies historicism with the creation of a critical silence, an implicit subordination of space to time that obscures geographical interpretations of the changeability of the social world and intrudes upon every level of theoretical discourse, from the most abstract ontological concepts of being to the most detailed explanations of empirical events (Soja, 1989, p. 15)

É neste seguimento que Soja (1989) afirma que a espacialidade foi silenciada no âmbito de uma “imaginação histórica”, tendo esta por seu turno ocupado uma posição central na produção do conhecimento. Ganhando mais força com a perda da importância das ideias de explicação dos fenômenos ligados a ordens divina ou da natureza, colaborando com o avanço do conhecimento científico ao reconhecer que a mutabilidade das sociedades estava ligada aos fenômenos históricos e sociais. Contudo, somente na década de 1960 é marcado o começo ainda “tímido” do que Soja (1989) chama de uma geografia crítica humana pós-moderna, a qual “convivia” ainda com uma produção de conhecimento geográfico que pouco afirmava a centralidade do espaço.

É com base nestas assertivas que Soja (2010a) aponta que o papel do pensamento espacial crítico, por ele proposto, é promover um “rebalanço ontológico” procurando centralizar o espaço e o seu papel na explicação de fenômenos urbanos, escolhendo as (in)justiças espaciais como aporte empírico. Acrescentando às dimensões sociais e históricas o caráter explicativo do espaço, apontando a relevância de uma “triple dialect” na produção do conhecimento, dada às qualidades social, histórica e espacial da existência humana. Porém, a ênfase na relevância da dimensão espacial não significa para Soja privilegiar o espaço frente às outras duas dimensões, o que resultaria em uma sobrevalorização no sentido inverso, ainda que cada dimensão possa receber diferentes ênfases a depender do tema e da análise que se queira dar no desenvolvimento de uma investigação,

[...] but the assumption of a three-way ontological balance must always be kept in mind. This essential balance is difficult to achieve, for it runs against the grain of how nearly everyone reading this has been educated, but it is a vital starting point for understanding the nature of a critical spatial perspective and the new spatial consciousness that has been emerging in recent years (Soja, 2010a, p. 71).

É neste quadro que Soja (2009, p. 2) propõe três princípios que considera como os pilares do pensamento espacial crítico:

- (a) “The ontological spatiality of being”
- (b) “The social production spatiality”
- (c) “The socio-spatial dialectic”

Esses princípios são considerados por Soja (2009) como interdependentes, o que dificulta discuti-los de maneira isolada, contudo tentar-se-á, por uma questão puramente didática, problematizá-los individualmente, assumindo o risco de nem sempre conseguir cumprir este desiderato.

Com o primeiro princípio Soja (2010a) reforça as três qualidades da existência humana já mencionadas. Para este autor, os indivíduos são espaciais por natureza, sendo inerente à existência do indivíduo a realização de esforços para transformar o espaço em que se vive, sendo, portanto, “produtores” de espacialidades, seja no plano individual ou inserido no contexto social coletivo. Contudo, estas “geografias” produzidas socialmente também influenciam as práticas dos sujeitos, o que significa dizer que há, por um lado, o reconhecimento de uma produção social da espacialidade (princípio b) e, por outro lado, que as dimensões social e espacial se condicionam mutuamente (princípio c), afastando-se da ideia de espaço apenas como produto social.

A natureza espacial do ser é problematizada por Soja (2010a) a partir do desenvolvimento geográfico desigual, demonstrando o autor que os sujeitos individuais ou coletivos ao produzirem geografias, inerentes à realização da vida social, (re)produzem geografias discriminatórias, espaços de (in)justiça espacial, tornando-se central a problematização das qualidades dos espaços construídos socialmente, bem como aqueles passíveis de intervenção, dado que para Soja (2009, p. 3):

Perfectly even development complete socio-spatial equality pure distributional justice, as well as universal human rights are never achievable. Every geography in which we live has some degree of injustice embedded in it, making the selection of sites of intervention a crucial decision. [...] Locational discrimination, created through the biases imposed on certain populations because of their geographical location, is fundamental in the production of spatial injustice and the

creation of lasting spatial structures of privilege and advantage. The three most familiar forces shaping locational and spatial discrimination are class, race, and gender.

Na esfera coletiva, a (re)produção de geografias desiguais dá-se através da seletividade na escolha da localização de bens e serviços em um determinado espaço, cujos interesses económicos influenciam e justificam uma distribuição espacial desigual, criando geografias que garantem mais ou menos privilégios. Já a existência individual, uma vez inserida em uma formação socioespacial desigual, é condicionada pela distância, fazendo com que os indivíduos tendam a almejar a redução de distância-tempo a um conjunto de recursos urbanos, sendo este um atributo do seu comportamento enquanto um ser espacial, contribuindo também em algum grau, para a (re)produção de geografias desiguais. Sendo, portanto, os comportamentos espaciais coletivos e individuais condicionados pela geografia, logo sendo o espaço ao mesmo tempo um resultado da ação social e um fator causal na permanência de desigualdades socioespaciais.

Para Mendieta (2011), o ponto alto do pensamento espacial de Soja está exatamente na não negação da espacialidade da existência social ao passo que procura demonstrar que as geografias produzidas no quadro social sempre estão embebidas de algum grau de (in)justiça, as quais também condicionarão a sua (re)produção.

É neste quadro de (re)produção do desenvolvimento desigual do espaço, cuja expressão material são as desigualdades socioespaciais (re)produzidas por sujeitos individuais e coletivos, que situamos a relevância dos poderes públicos para colmatar as (in)justiças espaciais inerentes à produção das cidades, tornando imprescindível perceber a forma como estes leem e usam o espaço na promoção de justiça espacial, situando-se nesta investigação o especial interesse no acesso à saúde através dos serviços de urgência. Isto porque,

The political organization of space is a particularly powerful source of spatial injustice [...] The normal workings of an urban system, the everyday activities of urban functioning, is a primary source of inequality and injustice in that the accumulation of locational decisions in a capitalist economy tends to lead to the redistribution of real income in favor of the rich over the poor. This redistributive injustice is aggravated further by racism, patriarchy, heterosexual bias, and many other forms of spatial and locational discrimination. Note again that processes can operate without rigid forms of spatial segregation. Geographically uneven development and underdevelopment provides another framework for interpreting the process that produce injustices, but as with other process, it is only when this unevenness rigidifies into

more lasting structures of privilege and advantage that intervention becomes necessary (Soja, 2009, p. 3).

Parece paradoxal buscar uma sociedade com mais justiça espacial quando se afirma que as desigualdades e injustiças são inerentes às práticas humanas e ainda mais exacerbadas dentro de uma lógica capitalista, cuja produção do espaço é guiada para a (re)produção do capital. Contudo, as desigualdades (re)produtoras de (in)justiças espaciais não têm o mesmo grau, havendo aquelas que são geradoras de “poucas consequências”, para utilizar as palavras de Soja (2010a, p. 73), e aquelas que marcam espaços de verdadeira opressão, merecendo esta última maior atenção e análise, sobretudo, quando são mantidas por longos períodos e marcam espacialmente diferenças de classe, gênero ou raça. É também neste sentido que a análise evolutiva do acesso aos serviços de urgências indicará a continuidade temporal (ou não) de territórios em condição de (in)justiça espacial, aproximando-nos da condição de classe, através da posição dos territórios nos níveis de privação material.

Deste modo, a reflexão acerca dos princípios do pensamento espacial crítico a partir da (in)justiça espacial aponta, até aqui, para a análise das geografias desiguais (dada a inescapável espacialidade do ser), procurando identificar os espaços de (des)vantagens (e a quem atingem) e sua permanência no tempo, a partir do entendimento de que a espacialidade é ao mesmo tempo socialmente produzida (detendo uma dose de injustiça incorporada) e causal na (re)produção de (in)justiças.

Para Soja (2009), reconhecer e praticar a dialética socioespacial é ir ao encontro de uma mudança de pensamento sobre o espaço e o papel que ele desempenha na (re)produção de fenômenos, nos quais se inclui a (in)justiça espacial, procurando reposicioná-lo “[...] as an interpretative perspective first rather than subordinating it to more social and historical modes of analysis (Soja, 2010b, p. 630). Porque para Soja,

[...] Much greater emphasis continues to be given to how social processes shape spatial form as opposed to the reverse relations, how spatiality and spatial processes shape social relations of all kinds, from the immediacy of interpersonal interaction to relations of class and social stratification to long-term patterns of societal development. To emphasize again, this is no to say that spatial processes are more important than social processes or to suggest a simplistic spatial determinism. As with the relations between space and time, the social and the spatial are dialectically intertwined, mutually (and often problematically) formative and consequential (Soja, 2010b, p. 18)

Ainda para Soja (2009, p. 2), “taking the socio-spatial dialectic seriously means that we recognize that the geographies in which we live can have negative as well as positive consequences on practically everything we do”, sendo as espacialidades capazes de interferir desde os eventos e experiências da vida cotidiana dos indivíduos até nas decisões com impactos em escala global, desempenhando as geografias produzidas diferentes condicionantes inclusive aquela de intensificar e sustentar a exploração, favorecer diferentes formas de opressão e dominação política, agravando, por sua vez, mazelas socioespaciais identificadas em formas de discriminação e injustiça.

We make our geographies, for good or bad, just or unjust, in much the same way it can be said that we make our histories, under conditions not of our own choosing but in real-world contexts already shaped by socio-spatial processes in the past and the enveloping historically and socially constituted geographies of the present. This profoundly displaces the idea of space merely as external environment or container, a naturalized or neutral stage for life’s seemingly time-driven social drama (Soja, 2010a, 103).

Ademais, o espaço é um potencial campo de transformação podendo ser usado para o aprofundamento ou a minimização de (in)justiças, dado que as ações sobre o espaço são dotadas de intencionalidades ao passo que o “space is not an empty void. It is always filled with politics, ideology, and other forces shaping our lives and challenging us to engage in struggles over geography” (Soja, 2010a, p. 19). Ressaltando ainda Soja (2002),

I think we can say that a renewed spatial consciousness is developing which sees the human geographies within which we live more clearly as having a significant effect on our lives, especially as a source of control and oppression (i.e., injustice); and also as a strategic field of political action, aimed at changing our geographies for the better. (p. 119).

Uma das lacunas deixada por Edward Soja foi as poucas pistas sobre a “empirização” do pensamento espacial crítico assente na discussão sobre (in)justiça espacial fora da realidade de Los Angeles, dificultando sua “aplicação” a outros contextos, chamando Benach (2011) também atenção para este ponto. Ao mesmo tempo, a causalidade espacial como essencial ao entendimento dos fenômenos urbanos compreendido dentro de uma dialética socioespacial, também deixou algumas questões abertas. Se, por um lado, a ausência de uma “receita” pronta de como compreender e operacionalizar o conceito de justiça espacial permite maior flexibilidade, por outro lado, tem dificultado a delimitação de sua abrangência (Williams, 2013), podendo a justiça espacial corresponder a

formulações diferenciadas assentes, por exemplo, na equidade entre os territórios, na criação de dispositivos de regulação capazes de “remediar” as injustiças, e a distribuição com base na discriminação positiva como meio de reequilibrar desigualdades (Pereira e Ramalhete, 2017).

O pensamento espacial crítico proposto por Soja (2009; 2010a) para o exame de fenômenos urbanos como a (in)justiça espacial não encontrou unanimidade entre geógrafos e planejadores urbanos e incitou um profundo debate neste campo (Hall, 2011; Souza, 2011; Tonkiss, 2011; Haas, 2011; Albet, 2011; Benach, 2011; Mendieta, 2011; Iveson, 2010). A principal crítica à matriz teórica do pensamento espacial de Soja (2010a) liga-se à ideia de que a ênfase na dimensão espacial da justiça afasta-se de uma (in)justiça social que é mais ampla e realça apenas os seus aspectos geográficos (Souza, 2011; Hall, 2011). Esta posição junta-se àquela que aponta um certo fetichismo espacial no pensamento espacial de Soja (2010a). Chegando Souza (2011) a afirmar que a junção dos termos justiça e espacial não é mais do que o gosto de Edward Soja por palavras.

Para Soja (2010b; 2011), a crítica à tentativa de subjugar o social ao espacial fica ultrapassada através do seu princípio da dialética socioespacial, a qual propõe um balanço equilibrado entre estas dimensões da existência do ser. Para ele estas críticas aos seus fundamentos ligam-se, por um lado, ao receio do “fantasma” do determinismo espacial, e por outro, à herança histórico-social que está na base da compreensão dos fenômenos urbanos. Para Soja (2011, p. 99), “the fear of fetishizing space that is behind this accusation has inhibited the creative thinking of a whole generation of geographers”, sendo imperativo ao afirmar que muitos geógrafos, incluindo Souza, apesar de chamarem atenção para a dimensão espacial em seus trabalhos a praticam na superficialidade, não sendo incomum que os processos sociais sejam discutidos com muito mais ênfase enquanto produtores de geografias da (in)justiça, assumindo o papel da geografia neste processo uma posição secundária.

A espacialidade da justiça pensada nos moldes de Soja (2010a; 2010b) não se enquadra como uma dimensão material puramente descritiva da justiça social, mas mobilizada enquanto uma força explicativa e causal de (in)justiça (Fari, 2013). Neste seguimento, Soja (2011) complementa que o pensamento espacial vem impulsionando o conhecimento de forma inovadora em muitos campos, nomeadamente, na educação, no campo jurídico crítico, nos quais a espacialidade tem sido reconhecida como uma importante componente geradora de transformação social. Contudo, para Albet (2011), a afirmação da consciência

espacial que embasa a noção de (in)justiça espacial de Edward Soja poderá levar algum tempo para alcançar reconhecimento, porventura na geografia, a exemplo dos quase trinta anos necessários para o reconhecimento e difusão das contribuições de Lefebvre sobre o direito à cidade.

Para Woessner (2010), a “virada espacial”, na qual se enquadra a tentativa de E. Soja de adicionar o espaço à justiça espacializando suas dimensões sociais e econômica, não poderia ter encontrado momento mais pertinente do que a da “Nova Economia” que tentou demonstrar o desvencilhamento dos laços entre capital e espaço, assente na ideia de supressão do espaço pelo tempo na passagem do fordismo para a acumulação flexível. Ideia esta que só poderia ser “corrigida” com uma “boa dose” de pensamento espacial, pois embora as dinâmicas econômicas aprimorem estratégias de “libertação” do espaço, a geografia afirma-se não apenas como um meio de (re)produção de capital, mas também como “condutora” de práticas socioespaciais.

Não obstante, outra contribuição do pensamento de Soja (2010a) sobre a (in)justiça está na extrapolação dos seus contornos teóricos, como já mencionámos, combinando um potencial de análise empírico e político que pode ser “aplicado” à análise e interpretação de políticas públicas de base territorial. Sobretudo, em um quadro em que o Estado cumpre um papel fundamental de regulação que garanta acesso aos recursos sociais, contrariando geografias (re)produtoras de (in)justiças resultantes da forma como a sociedade estratificada se organiza, devendo ser a justiça espacial o propósito final da ação pública (Dufaux *et al.*, 2009; Pereira e Ramalhete, 2017).

Neste seguimento de cunho “prático”, Soja (2010b; 2011) ainda enfatizou a relevância da consciência espacial enquanto estratégia fundamental ao sucesso da prática política dos movimentos sociais, a partir do uso estratégico que os movimentos sociais fazem do espaço e da relevância da consciência espacial para fazer confluir interesses individuais em coletivos na luta pelo direito ao lugar, a mobilidade, a acessibilidade, a saúde, a habitação, a educação, a conversão da “não-cidade” à cidade de cidadania.

Com base no pensamento espacial crítico de Soja (2009; 2010a; 2010b) e naquelas que foram as contribuições até aqui deixadas para a questão da (re)produção das desigualdades nas cidades, entendemos justiça espacial como uma distribuição de recursos, designadamente públicos, capazes de contrariar as desigualdades socioespaciais, garantindo a longo prazo que o espaço enquanto ativo na (re)produção de desigualdades socioespaciais não se materialize em geografias de discriminação e

opressão nas suas diversas faces, assegurando que o simples pertencimento a um território não seja em si um fator de desvantagem. Deste modo, as discussões sobre justiça espacial apontam tanto para o entendimento dos processos de tomada de decisão, e sua intencionalidade, quanto para a sua materialização no espaço. Ademais, sublinhamos que a justiça espacial é uma estrutura analítica que confere centralidade ao papel do espaço na (re)produção de (in)justiças.

Foi, neste sentido, que associado à análise da evolução do acesso aos serviços de urgência, (espacialidade da (in)justiça) voltamo-nos em complementaridade para o entendimento do papel do espaço no planeamento dos serviços público e privado, através de análise documental e entrevistas, procurando perceber como o espaço foi lido e percebido e quais os atributos do mesmo considerados, com vista a discutir o seu papel ativo no condicionamento das estratégias espaciais dos dois setores, e em que medida estes (re)produzem (in)justiças espaciais. Com base na (in)justiça espacial guiada pela abordagem espacial crítica voltamo-nos tanto para expressão espacial da (in)justiça enquanto atributo físico que pode ser mapeado, quanto para o agenciamento do espaço e seu reatamento na manutenção, minimização ou aprofundamento das condições de (in)justiça.

Para tanto, foi necessário buscar aporte teórico complementar no conceito de capital espacial para discutir como o espaço em conformidade com seus atributos constitutivos condicionam práticas espaciais que resultam em espaços de (in)justiça espacial nas cidades.

2.3 Capital espacial

Pode-se dizer que tem havido uma (re)descoberta recente do poder gerativo da cidade, se quisermos da causalidade espacial e não só na geografia. Soja (2011) aponta que somente a partir dos anos 2000 tem havido uma reviravolta neste sentido, embora afirme que não sabe explicar o porquê, pois a produção do conhecimento na teoria social esteve assente no entendimento de que os fenômenos acontecem na cidade, mas não por causa das influências do urbano, do espaço, das suas espacialidades.

O trabalho de Jane Jacobs “The Economy of cities”, publicado em 1969, é reconhecido por lançar a noção original da existência de um estímulo gerado pela aglomeração urbana, ficando conhecido como força motora das externalidades Jacobianas (Soja, 2011).

Contudo, para Soja (2011), às raízes da virada espacial estão nas ideias de espaço de Henri Lefebvre e Michel Foucault, mas que perderam força após as ebulições urbanas da década de 1960, sendo a causalidade espacial abafada como uma “heresia fetichista”.

No mundo falante de língua inglesa, as ideias ligadas à causalidade espacial ganharam uma dimensão transdisciplinar já na década de 1990 com a publicação em inglês da obra “A Produção do Espaço” de Lefebvre, publicada mais precisamente, em 1991. Soja (2011, p. 453) é a este respeito peremptório ao afirmar que “[...] never before, at least during the past 200 years, has a critical spatial sensibility been so widespread and so influential in contemporary popular and academic debates”.

Segundo Soja (2011), a noção de causalidade espacial além da sua ligação ao termo de estímulo da aglomeração urbana de Jacobs, também esteve ligada aos termos de “buzz” de Michael Storper e Anthony Venables¹² e de “synekism” de Soja (2000). Já em 2011, Soja apontou que não tardava muito para que a noção de causalidade espacial evoluísse para um termo novo e mais abrangente, e ele se referia ao de capital espacial, dado o desdobramento da noção de capital social.

A discussão sobre capital espacial se enquadra na “ausência” de seu reconhecimento e conceitualização explícita na teoria sociológica de Bourdieu (1986), na qual os indivíduos eram definidos não pela classe social, como nas teorias marxistas, mas pelas três formas de capital: o social, o económico e o cultural (e simbólico, não reconhecido como um capital em si, mas como uma dimensão dos três primeiros no quadro social) representados na arena social. Desta maneira, o capital espacial não aparece como uma forma de poder (Rérat e Lees, 2010), sendo a ideia de capital estendido ao espaço um pouco mais tarde com Lévy (1994; 2014), sugerindo que o espaço é uma forma de capital, e como tal, podendo ser acumulado e utilizado na produção de outros bens, sendo também uma fonte de desigualdade (Barthon e Monfroy, 2010).

Contudo, a avaliação realizada por Bourdieu de como a materialidade desempenha um papel importante na representação das relações sociais, mantém aberto o debate sobre a

12 No artigo “Beyond Postmetropolis”, publicado em 2011 na Revista Urban Geography, Soja quando se refere ao artigo “Buzz: face-to-face contact and the urban economy” de Storper e Vanables para exemplificar o termo “buzz” como um dos utilizados para descrever o poder gerativo das cidades, explica que o subtítulo original do artigo era “economic force of cities”, mas que por sugestão de um editor da revista foi substituído, por julgar que o original não seria muito bem compreendido, dado que apontava para o carácter pouco familiar e presunçoso da ideia de que as cidades geravam forças desenvolvimentistas.

ausência/presença da espacialidade da sua teoria sociológica, apesar da sua extensiva ênfase na agência individual (Bourdieu, 1985; Mace, 2017). Contendo o perigo da adoção do capital espacial ser mais uma categoria de análise criada sem que tenha sido suficientemente reconhecida como pode ter sido mobilizada nas categorias de capital já existentes (Mace, 2017).

Ademais, a abordagem que incorpora a dimensão espacial como uma forma de capital encontra aporte no distanciamento dos trabalhos de matriz positivista, nos quais o espaço era analisado enquanto um elemento neutro, produto social sem qualquer influência sobre os fenômenos sociais (Mace, 2017; Rétrat e Lees, 2010). Estas ideias abriram terreno para o desenvolvimento de um pensamento espacial crítico, no qual foi dada especial atenção ao espaço (e seus atributos) e o papel das materialidades na condução da ação social, consolidado pela relevância que tem ganho a produção de conhecimento sobre o agenciamento da morfologia espacial nas práticas de apropriação e (re)produção do espaço. Afastando-se desta maneira a ideia que o espaço é simplesmente um suporte onde as pessoas e as atividades se localizam ou os agentes tomam as decisões conducentes à sua produção e apropriação (Cachinho, 2005), afirmando-se neste quadro o espaço também como uma forma de capital que de modo algum se encerra no capital social.

Embora o conceito de capital espacial seja considerado aberto e ainda passível a diferentes apropriações e interpretações (Mace, 2017), o compreendemos a partir da definição proposta por Lévy e Lussault (2003, p. 124) como “un ensemble de ressources, accumulées par un acteur, lui permettant de tirer avantage, en fonction de sa stratégie, de l’usage de la dimension spatiale de la société”. Deste modo, capital espacial volta-se para as propriedades e atributos espaciais inerentes ao espaço e, que por sua vez, são mobilizados estrategicamente por sujeitos individuais e/ou coletivos para alcançar um determinado objetivo. Estando a especificidade do capital espacial nas vantagens trazidas pelo domínio de um conjunto de “layouts” geográficos (Lévy, 2014). Esta definição apoia a nossa investigação no sentido de tentar compreender de que forma os sujeitos, políticos planeadores e gestores do setor público e privado da saúde, em função do seu capital espacial, em interação com atributos do espaço (re)organizam a distribuição dos serviços de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, e em que medida esta interação resulta em (in)justiças espaciais.

Os atributos do espaço incluem propriedades com a centralidade, a acessibilidade, a proximidade, além daqueles de carácter demográfico, social e económico que condicionam

a organização de uma dada formação socioespacial. Estes atributos são potenciais de construção de algo novo, pois uma vez ativados podem originar um novo formato de organização espacial. A relação que os sujeitos estabelecem com os atributos do espaço induzem, necessariamente, a uma diferenciação socioespacial, dada a complexidade das interações (Rérat e Less, 2010).

Esta relação entre sujeitos e atributos espaciais pode ser entendida no seio da teoria Ator-Rede de Latour (1996), na qual o funcionamento de um sistema deve ser entendido a partir da relação entre elementos de natureza humana e não humana interligados, da qual resultam múltiplas combinações. Nesta teoria, a interação dentro do sistema dá-se no contexto social não definido e em constantes combinações (rede) entre atores (elementos de natureza humana) e actantes (associados, de um modo geral, aos elementos não humanos) (Farías, 2011; Boelens, 2010).

Os trabalhos de Kärholm (2007; 2008) vêm dando robustez no âmbito desta análise. Apoiando-se nesta ideia, analisou na escala do espaço público o comportamento dos atores em interação com actantes e chamou atenção para a “regulação” do comportamento humano envolver uma dimensão imaterial (códigos de conduta social e moral), mas também uma dimensão material, por vezes negligenciada. Kärholm fundamenta que as formações sociais são constituídas de uma combinação específica de elementos cuja interação com a ação social a condiciona (Paiva, 2017), assumindo que o espaço é dotado de um conjunto de atributos que molda a ação dos sujeitos (Boelens, 2010). Neste seguimento, os trabalhos de Amin (2008) e Dewbury (2015) também têm demonstrado no espaço público como as formas materiais têm condicionado os ritmos, a localização e as práticas dos sujeitos, deslocando o foco do sujeito e sua agência para o espaço (atributos) e entendimento da influência exercida na sua apropriação, realçando a dimensão espacial dos mundos sociais (Lévy, 2014).

Ademais, o espaço enquanto uma forma de capital é dotado de atributos “à espera” de serem mobilizados por sujeitos que igualmente detém “habilidades/conhecimento” que lhes permitem ativá-los em prol de um objetivo, englobando o capital espacial três dimensões interdependentes: o acesso, a competência e a apropriação (Flamm e Kaufmann, 2006; Kaufmann, Bergman e Joye, 2004). Enquanto o acesso e a competência se relacionam com os atributos físicos do espaço e as capacidades dos indivíduos (que podem ser adquiridas), respectivamente, a apropriação resulta da interação entre as duas dimensões inseridas nas motivações das práticas dos indivíduos. Pois, embora o espaço

seja incontestavelmente um recurso, ele não garante por si só riqueza ou poder, já que os indivíduos podem ou não estar “habilitados” para adquirir e usar os diferentes recursos presentes no espaço, resultando desta interação potenciais (in)justiças espaciais (Lévy, 2014). Keating (2001) argumenta que os “ativos” (formas de capitais) não devem ser analisados isoladamente, mas a partir de suas combinações, as quais dão um novo significado ao espaço.

Desta maneira, o capital espacial está simultaneamente na materialidade (actante) e nos sujeitos (atores) em interação, abrindo a questão se o capital espacial está vinculado às outras conhecidas formas de capital (Barthon e Monfroy, 2010; Rérat e Less, 2011). Para Lévy (2014), o capital espacial está presente nos atores e no espaço, enquanto nos atores pode ser considerado como uma componente significativa do capital social, mas não reduzido a este, no espaço está presente em termos de stock (fixos) e fluxos.

Para Rérat e Lees (2010), a presença diferencial das dimensões do capital espacial nos indivíduos e no espaço reflete-se em diferentes graus de domínio/uso da dimensão espacial. O capital espacial constitui não só um fator de diferenciação de natureza social, mas também espacial. Em virtude da sua desigual apropriação, o espaço geográfico acaba por adquirir texturas diferenciadas que necessitam de ser mobilizadas na explicação das lógicas de organização socioespacial. Isto explica, em certa medida, que os estudos realizados sob as lentes do capital espacial assentem na análise empírica dos fenômenos resultantes das dinâmicas socioespaciais (Binder, 2012).

No essencial, a investigação do capital espacial avança na produção do conhecimento ao ampliar as dimensões de análise do entendimento das lógicas de apropriação e diferenciação do espaço, ao se debruçar sobre a operação do poder no urbano imbuído de uma dimensão espacial, produzindo vantagens face a outros (Mace, 2017). Assim, assume-se que a compreensão de uma dada formação socioespacial à luz do capital espacial passa pelo entendimento da ativação dos atributos espaciais no contexto (cidade) da sua interação com os atores (Lévy, 2014). É neste sentido que vários geógrafos e sociólogos vão avançando na busca da compreensão das diferentes conexões entre as dimensões sociais e espaciais e das geografias delas resultantes.

Tendo subjacente as concepções de justiça espacial e de capital espacial anteriormente expostas, a investigação sobre o serviço de urgências na Área Metropolitana de Lisboa visa essencialmente responder algumas questões chave: (i) É a oferta do serviço de urgências espacialmente (in)justo?; (ii) Que papel o espaço e, em particular, o capital

espacial desempenharam nas estratégias dos setores público e privado da (re)organização dos serviços de urgências; e por último, (iii) De que forma o capital espacial intervém na (re)produção de eventuais (in)justiças espaciais na oferta do serviço de urgências?

A abordagem da organização do serviço de urgências através das lentes da inclusão espacial e do espaço, enquanto forma de capital, afigura-se de grande relevância na geografia, pois é nossa convicção que esta não só reforça os princípios norteadores do pensamento espacial crítico, ao possibilitar uma análise operacional da causalidade do espaço e seu papel na (re)produção de (in)justiças espaciais, como também confere verdadeiro protagonismo ao espaço, sem deixar de reconhecê-lo inserido na prática de uma dialética socioespacial.

Capítulo 3 – Metodologia da Pesquisa

“Ever tried. Ever failed. No matter. Try Again. Fail again. Fail better.”

Samuel Beckett

Este capítulo tem como objetivo apresentar o percurso metodológico “trilhado” para o desenvolvimento desta investigação. Assim, deste farão parte uma reflexão sobre a escolha do tema de investigação, a descrição das informações trabalhadas e a explicação do processo de recolha de informação e as técnicas de análise de dados utilizadas. Procuramos ainda identificar os constrangimentos e as estratégias utilizadas para “contornar” as dificuldades encontradas no decorrer da pesquisa. Isto porque em um processo de investigação, as tentativas “falhadas” fazem parte do percurso e foram fundamentais para as posteriores escolhas “acertadas”.

3.1 Desenho da investigação

3.1.1 Espaço, tempo e objeto do estudo

O recorte espacial desta tese foi a Área Metropolitana de Lisboa (AML). A AML se estende por mais de 3.015km² e em 2011 detinha 2,8 milhões de habitantes. Neste recorte estão concentrados 27% da população nacional, sendo o processo de reestruturação urbana marcada pela dispersão e fragmentação (Barata-Salgueiro, 1997, 1998). Este fator pode ser considerado como uma causa dos problemas de acessibilidade (Portas, Domingues e Cabral, 2011; Domingues, 2006), acrescentando relevância a este estudo. Essas características reforçaram a escolha deste recorte. E além disso, apesar de ser uma área, que na lógica da seletividade espacial concentra não apenas mais pessoas, mas serviços e investimentos públicos e privados, guarda profundas desigualdades socioespaciais.

O recorte temporal para a análise das geografias dos serviços de urgência foram os anos de 1991, 2001, 2011 e 2019. A escolha deste recorte prende-se, essencialmente, com a possibilidade de compatibilizar a informação com os anos dos Censos, permitindo a introdução de variáveis censitárias na análise. É certo que o ano de 2019 constitui uma espécie de “vazio censitário”, contudo, consideramos relevante conhecer a geografia dos

serviços de urgência num tempo mais atual. Verificamos que este recorte temporal contempla as últimas mudanças espaciais dos serviços de urgência na AML e, por essa razão, este recorte pareceu adequado à nossa análise.

Nosso objeto de estudo são as unidades de saúde públicas em funcionamento 24h, inseridas na rede de serviço de urgência. A rede de serviço de urgência integra três níveis de urgência: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP), definidos pelo Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho, do Ministério da Saúde.

O SUB, como o próprio nome sugere, é o nível mais básico das urgências, considerado o primeiro nível de acolhimento. O serviço de urgência nível SUB pode ser prestado em unidades de cuidados primários ou unidades hospitalares, deve estar sediado numa área de influência com uma população superior a 40.000 habitantes, de modo que pelo menos uma parte desta população esteja a mais de 1h de acesso geográfico de uma unidade hospitalar de nível SUP e SUMC. Os SUB's devem ser compostos por uma equipa com dois médicos, dois enfermeiros, um auxiliar de ação médica e um administrativo. Os meios de diagnóstico nas unidades SUB são limitados. A AML contava em 1991 e 2001 com uma unidade SUB, passando para três em 2011, depois reduzindo para duas em 2019.

A unidade SUMC é o segundo nível de acolhimento. As urgências SUMC's estão sediadas em unidades hospitalares abrangendo em média uma população de 200 mil pessoas e devem distar mais de sessenta minutos de outra unidade SUMC ou SUP. Essas unidades contam com uma equipe de diferentes especialidades além de meios de diagnóstico e terapêutica diferenciados, como bloco cirúrgico em funcionamento 24 horas, imagiologia, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia e patologia clínica. Na AML, o número de SUMC passou de quatro unidades em 1991 para seis em 2001, número que se mantinha até 2019, mas com mudanças na sua geografia, como veremos.

Já as unidades SUP constituem o nível mais complexo de resposta às urgências. Este serviço está comumente centralizado nos hospitais gerais centrais e dispõem de todas as valências médicas, incluindo as presentes nas urgências SUMC. Além disso, as urgências de nível SUP estão interligadas às urgências especializadas, nomeadamente, pediatria, psiquiatria e obstetrícia. Na AML, dentro do recorte temporal desta investigação, não

houve alteração espacial e no número de urgências SUP, dispondo este recorte de quatro unidades no período analisado.

Embora nosso objeto de estudo seja formado pelas unidades de saúde com serviço de urgência localizadas na AML, acrescentamos a análise do acesso geográfico o Hospital Distrital de Torres Vedras. A inclusão desta unidade hospitalar prende-se com o facto de oito das onze freguesias do concelho de Mafra, um dos dezoito concelhos que compõem a AML, estarem sob influência direta do serviço de urgência geral daquele hospital (SNS-PCS, 2019). Deste modo, ainda que o Hospital Distrital de Torres Vedras não esteja localizado na AML, por atender 67% da população de Mafra incluímos o mesmo na análise.

3.1.2 Dados, fontes e tratamento de informação

3.1.2.1 Censo e Índice de Privação Material

Os Censos (1991, 2001 e 2011), este último ano o mais recente em Portugal, foram uma importante fonte de informação para o desenvolvimento desta investigação. Desta fonte foram utilizados dados da população e ambiente construído na escala da secção estatística. As secções estatísticas, ou apenas secções, são unidades geográficas contínuas de tamanho variável pertencentes a uma única freguesia (INE, 2001). Em 1991, na AML havia 3278 secções, em 2001 3942 e em 2011 eram 4521. A média de alojamentos familiares de residência habitual em cada secção para os três anos foi de 250 alojamentos e a média populacional foi de aproximadamente 700 pessoas.

Foram consideradas todas as secções da AML em cada ano. Contudo, em 2001, havia dez secções sem população distribuída entre cinco concelhos e, em 2011, duas secções em dois concelhos. Mantivemos essas secções na análise e para os valores do índice de privação material e tempo de viagem repetimos os valores da secção vizinha com área geográfica mais próxima das secções sem população.

O Índice de Privação Material (IPM) foi construído com dados do censo. Definimos o nosso IPM agregando três variáveis: a % de população sem saber e escrever, a % de população desempregada e a % de alojamentos sem banho. No que respeita aos analfabetos, são considerados no cálculo apenas a população com 10 e mais anos. Quanto à população desempregada, consideramos os indivíduos com 15 e mais anos à procura de

emprego e de novo emprego. Por fim, no que toca aos alojamentos, foram considerados os alojamentos familiares de residência habitual.

O IPM foi categorizado em cinco classes: Muito Baixa, Baixa, Média, Alta e Muito Alta. Essa classificação foi construída com base nos valores da média e do desvio padrão em cada ano. Os valores encontrados no índice podem ser conferidos nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Definição das classes de Privação Material

Fórmula	Classes de Privação Material
Mínimo e média – 1 DP*	Muito Baixa
média – 1 DP e média	Baixa
Média e média + 1 DP	Média
Média +1 DP média + 2 DP	Alta
média + 2 DP e máximo	Muito Alta

*Desvio Padrão

Quadro 2 - Variação do Índice de Privação, 1991-2011/2019

Índice de Privação Material	1991	2001	2011	2019
Mínimo	-1,51281	-1,85878	-1,43403	-1,43403
Máximo	4,1101	6,542147	8,860226	8,860226
Média	-0,00075	0,001034	0,000177	0,000177
Desvio Padrão	0,693374	0,677207	0,74479	0,74479

Fonte: INE. Cálculos da autora

Nota: Os valores do IPM para 2011 foi repetido para 2019.

Foram realizados outros testes para as classificações, mas com base na variação dos valores do índice, a classificação escolhida correspondeu satisfatoriamente à representação das classes de privação na AML para todos os anos estudados. Embora a distribuição de “elementos” em classes passe por uma dimensão subjetiva, a opção pela distribuição das classes com base na média e no desvio-padrão permite-nos uma coerência para avaliar comparativamente a evolução de um dado fenómeno no tempo. Apesar de não ter sido realizada análise não-paramétrica de variância para examinar as diferenças entre as várias classes de privação material criadas em comparação com o tempo de

viagem, os principais resultados obtidos nesta investigação são coincidentes com aqueles encontrados, *a posteriori*, quando realizamos uma distribuição de classes de privação material baseada em quintis apenas para o ano de 2011, cuja análise não-paramétrica de variância foi realizada (com significância estatística estabelecida num nível alfa de 0,05).

A escolha das três variáveis base do IPM utilizadas nesta investigação deu-se posteriormente à realização de uma sistematização de trabalhos científicos publicados que procuraram cruzar os temas da privação material e/ou social, sociomaterial, socioeconômica e saúde, tendo como recorte espacial alguma unidade geográfica portuguesa. A realização desta sistematização deu-se também em virtude da constatação de que essas temáticas entrecruzadas vêm sendo cada vez mais testadas e aplicadas em Portugal. Vale ressaltar que o índice de privação aparece na literatura com nomenclaturas diferenciadas. Por vezes, usa-se o termo privação sociomaterial ou socioeconômica e quando analisamos a composição do índice constatamos que foram utilizados apenas indicadores ligados à mensuração da privação material, nos moldes como entendeu Costa *et al.* (2015). Deste modo, esclarecemos que os trabalhos selecionados, estavam todos voltados para a mensuração da privação material.

O resultado da sistematização, ao condensar informações sobre as investigações voltadas para o tema da saúde e privação material em Portugal, servirá como suporte para as pesquisas futuras, de modo que auxiliará a escolha do índice de privação a ser aplicado para uma determinada área/escala/enfermidade.

A busca e seleção dos trabalhos científicos presentes na sistematização final seguiram alguns procedimentos e critérios. Inicialmente foi realizada uma busca na plataforma digital *Google Acadêmico*. O primeiro termo de busca foi “privação material Santana” e foram encontradas nove publicações. A escolha de acrescentar o termo “Santana” deu-se em virtude do significativo número de trabalhos e reconhecimento nacional dos estudos desenvolvidos no âmbito da saúde e das desigualdades pelo grupo de investigação em Geografia da Saúde, coordenado pela geógrafa Paula Santana da Universidade de Coimbra, já mencionado. Este conhecimento foi adquirido antes da realização desta sistematização e isto condicionou a escolha dos termos de pesquisa.

O segundo termo utilizado foi “deprivation Santana”, de modo a captar as publicações em língua inglesa, resultando em onze publicações, seguido do termo de busca “deprivation Portugal”, com o qual foram encontradas três publicações. Ainda foi

realizada uma busca com o termo “privação Portugal”, contudo não foi encontrado nenhum trabalho novo. Algumas publicações apareceram como resultado de mais de um dos termos de busca, mas os números que apresentamos referem-se apenas às novas publicações referentes ao termo pesquisado (Figura 1).

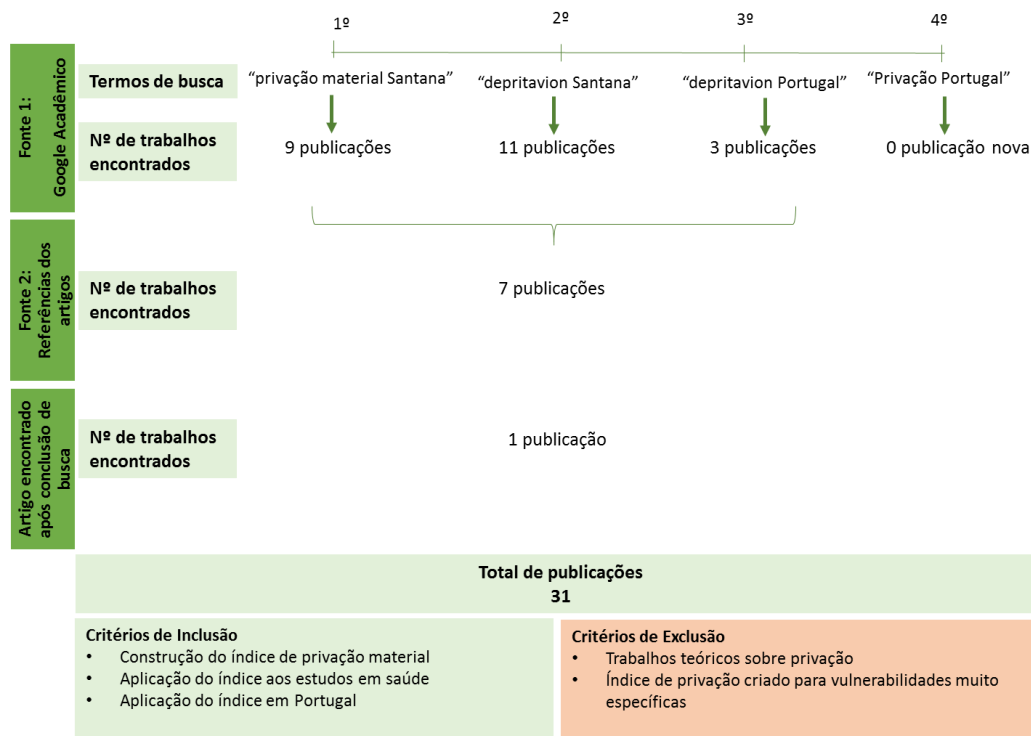


Figura 1 - Sistematização do levantamento dos trabalhos científicos que utilizaram o índice de privação material em Portugal

A segunda etapa consistiu na leitura da bibliografia dos trabalhos encontrados com o intuito de identificar outros autores e trabalhos que também tivessem utilizado o índice de privação nos estudos de saúde em Portugal. Deste procedimento foram identificados sete trabalhos que se encaixavam nos critérios estabelecidos. Ainda foi acrescentado mais um trabalho com publicação posterior à realização da sistematização.

Os critérios para a seleção dos trabalhos encontrados foram: (i) ter construído os índices de privação material, sociomaterial e/ou socioeconômica, ou com outra denominação, mas que explicitassem que o índice objetivava identificar áreas de privação material; (ii) ter aplicado este índice ao campo da saúde em Portugal ou que Portugal também fosse um caso de estudo, em qualquer escala de análise geográfica. Com este recorte não foram considerados os trabalhos teóricos sobre alguma variante de privação e saúde e os

trabalhos que, embora tenham utilizado a nomenclatura “índice de privação”, procuravam identificar vulnerabilidades muito específicas. Quanto às fontes não foram realizados levantamentos nos repositórios das Universidades, pois consideramos que, no que tange às teses de doutoramento, há uma tendência geral de publicações dos resultados em formato de artigo científico. Deste modo, o resultado do nosso levantamento ficou restrito às investigações que foram publicadas em formato de artigos científicos, livros e capítulos de livro disponíveis *online*.

Como resultado foram selecionados 31 trabalhos, os quais ajudaram a compreender a forma como a privação material vem sendo inserida nas investigações que entrecruzam questões sociais e de saúde na realidade portuguesa, os indicadores utilizados e os métodos mais utilizados para a construção do IPM (Anexo 1). Esta tarefa ainda permitiu conhecer os impactos da privação sobre a condição de saúde das pessoas, sobre o risco de prevalência de determinadas enfermidades e sua influência na utilização dos serviços de saúde, reforçando a relevância desta investigação ao problematizar as áreas de privação e o acesso geográfico aos serviços de urgência na AML.

Os 31 trabalhos foram publicados em 22 fontes distintas, 21 revistas científicas diferentes e capítulos de livros. Embora saibamos que este levantamento pode não ter abrangido todos os trabalhos científicos que se encaixam nos critérios previamente estabelecidos, consideramos que o resultado conseguido cobre amplamente as investigações em Portugal sobre esta temática. Além disso, embora haja combinações diferentes de variáveis na construção do índice, a depender do autor, as dimensões socioeconômicas, mais especificamente ligadas à educação e ocupação, e relativas às condições do alojamento, são aquelas que se repetem nas investigações, demonstrando que essas variáveis fazem parte da estrutura central de sustentação do IPM.

No que tange ao número de variáveis incorporadas ao índice de privação variou entre quinze e duas variáveis. Quanto à escala de aplicação do índice foi utilizado para diferentes escalas (secção, subsecção, freguesia, concelho). Contudo, apesar desta diversificação na escolha das variáveis para sua composição, no que respeita ao método de construção, constatámos uma sobre-representação da utilização do método z-score, sendo este método aplicado em 16 dos 31 trabalhos. Por esta razão também optámos por usar esse método na construção do IPM nesta investigação.

O método z-score segue a proposição de Carstairs e Morris (1990). Através deste método inicialmente é realizada a padronização de cada uma das variáveis, o que significa subtrair de cada variável o valor médio do seu conjunto e dividir o resultado pelo desvio-padrão. Assim, chega-se ao z-score de cada unidade espacial em análise. O valor do índice de privação seguindo este método é a soma do z-score (valores padronizados) de cada variável e sua leitura é realizada com base no afastamento do valor do índice em relação ao zero. Deste modo, os valores positivos quanto mais se afastam do zero traduzem-se em valores elevados de privação, enquanto os valores negativos significam exatamente o oposto. O resultado espacial da aplicação deste método é a identificação de cluster de alta e baixa privação (Santana e Roque, 2007). Neste método, as variáveis não são ponderadas, ou seja, assume-se que cada uma delas influencia da mesma forma o resultado, podendo esta opção ser considerada uma limitação deste método (Costa *et al.*, 2015; Brown *et al.*, 2014).

O número de variáveis utilizadas no índice de privação que foi construído com o método z-score, foi sempre três: habitação, desemprego e nível de instrução. O primeiro relativo à condição do alojamento e os dois últimos pertencentes às dimensões socioeconômicas (trabalho e educação). Dos 16 estudos que utilizaram o método z-score, um combinou variáveis de educação (uma variável) e trabalho (duas variáveis), seis estudos combinaram as variáveis trabalho (duas variáveis) e habitação (uma variável) e nove estudos combinaram as variáveis trabalho (uma variável), educação (uma variável) e habitação (uma variável).

Importa ainda dizer que não se verificou uma uniformização das variáveis utilizadas. Por exemplo, na dimensão relativa à condição do alojamento, encontraram-se as variáveis (i) alojamentos sem retrete, (ii) superlotação das casas, (iii) alojamento sem banho. Na dimensão socioeconômica, relativa ao trabalho, foram encontradas as variáveis (i) população masculina desempregada, (ii) população das categorias socioprofissionais não qualificadas e (iii) população desempregada. No quadro 3, listamos as variáveis encontradas. Além dessas diferenças, verificamos ainda que o índice de privação também foi utilizado como um indicador composto em índice de vulnerabilidade. Apenas quatro dos nove indicadores apresentados no Quadro 3 estão disponíveis gratuitamente na série 1991, 2001 e 2011, no INE, à escala da secção estatística, a saber: taxa de desemprego, população que não sabe ler nem escrever, alojamento sem banho e sem retrete, condicionando a escolha dos indicadores para composição do IPM.

Quadro 3 - Indicadores utilizados no índice de privação material construído com base no método z-score

Dimensões	Indicadores
Ocupação	% Desemprego (13)
	% População masculina desempregada (4)
	% Trabalho/Trabalhador não qualificado (8)
Educação	% Analfabetos (9)
	% população residente com 15 e mais anos com ensino secundário (1)
	% Aglomerados subnormais ou assentamentos precários (6)
Habitação	% Alojamento sem retrete (4)
	% Alojamento sem banho (4)
	% Alojamento sobrelotado (2)

Nota: os números entre parênteses referem-se à quantidade de vezes que o indicador apareceu no conjunto dos artigos que empregaram o índice de privação material.

Considerando que a percentagem de alojamento¹³ sem banho e sem retrete poderiam ser redundantes, analisamos a evolução do número de alojamentos sem banho e sem retrete entre 1991 e 2011, dados do Censo, e optámos pela incorporação dos alojamentos sem banho na construção do IPM, pela sua maior representatividade no total dos alojamentos familiares de residência habitual da AML.

Entre 1991 e 2011 houve uma redução bastante significativa em termos absolutos e relativos dos alojamentos sem banho e sem retrete na AML. Contudo, já em 1991, quando o tecido urbano da AML ainda era marcado por bairros de barracas, os alojamentos sem retrete correspondiam a menos da metade dos alojamentos sem banho, demonstrando talvez que estes alojamentos indicavam as áreas potencialmente empobrecidas. Em 1991,

¹³ Alojamentos referem-se aos alojamentos familiares de residência habitual. Segundo o INE, é definido como: “Local distinto e independente que, pelo modo como foi construído, reconstruído, ampliado ou transformado, se destina a habitação, na condição de, no momento de referência não estar a ser utilizado totalmente para outros fins. Por distinto e independente pretende-se significar o seguinte: Distinto - significa que é cercado por paredes de tipo clássico ou de outro tipo, que é coberto e permite que um indivíduo ou grupo de indivíduos possa dormir, preparar refeições e abrigar-se das intempéries, separados de outros membros da coletividade. Independente - significa que os seus ocupantes não têm de atravessar outras unidades de alojamento para entrar ou sair da unidade de alojamento onde habitam.” Disponível em: https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp? var_cd=0003609&lingua=PT. Acesso em: 18 de agosto de 2019.

o número de alojamento sem retrete era de 16.533, o que representava 1,9% dos alojamentos familiares de residência habitual, havendo um grande aumento na passagem para 2001, correspondendo a 2,7% (26.802 alojamentos), reduzindo-se para 4.362 em 2011, representando 0,3% dos alojamentos.

Quanto aos alojamentos sem banho, ao contrário do indicador acima analisado, verificamos que houve uma redução contínua entre 1991 e 2011. Em 1991, estes representavam 2,7% (51.259 alojamentos) dos alojamentos familiares da AML, passando sua representação para 2,1% (21.480) em 2001, e 1% em 2011 (11.704).

Foi com bases nas etapas acima descritas que procuramos justificar o IPM utilizado. Ao combinar as variáveis educação e ocupação no IPM aproximamo-nos do conhecimento da posição socioeconômica de grupos de indivíduos que partilham uma determinada área, tendo em vista que o nível de instrução e a ocupação dos indivíduos são variáveis utilizadas nos campos de estudo das desigualdades em saúde, e não só, são também utilizados como *proxy* de indicação da posição que um determinado grupo ocupa numa sociedade estratificada socialmente (Alves *et al.*, 2012; Nogueira e Lourenço, 2015).

O nível de educação, tendencialmente, indica-nos a capacidade que os indivíduos têm para adotarem uma prática de vida saudável e cuidadora da saúde, com reflexo em melhor saúde física e mental. A ocupação está mais ligada à detenção de capital material e simbólico que também se reflete na saúde (Alves, *et al.*, 2012; Shankar, 2013; Blanquet *et al.*, 2017), levando os baixos salários, a instabilidade dos vínculos empregatícios, e o desemprego a uma privação material que tem efeitos negativos sobre o bem-estar físico e mental dos indivíduos (Marmot *et al.*, 2012; Ramos e Pereira, 2018). Vários estudos têm comprovado que o desemprego e o analfabetismo, por exemplo, impactam negativamente a saúde e também aumentam as chances de um indivíduo avaliar negativamente o seu estado de saúde (Ross *et al.*, 2004; Santana, Nogueira e Santos, 2006).

Somando-se à educação e à ocupação, o rendimento é também uma componente ligada à posição socioeconômica dos indivíduos, estando esta ligada diretamente ao acesso às “coisas” materiais, e suas condições e serviços (Glymour, Avendano e Kawachi, 2014 *apud* Alves, Nunes e Perelman, 2016). “O rendimento e a educação são dois atributos individuais indispensáveis que potenciam o acesso a diferentes estilos de vida com impacto na saúde e a cuidados de saúde de boa qualidade e com grande potencial de

prevenção” (Santana, 2005, p. 77). Contudo, em função da limitação de informação sobre renda, mas sabendo que esta condiciona as condições materiais a que as pessoas podem aceder, a taxa de alojamento com condições precárias (sem banho), aproxima-nos da composição de um índice capaz de indicar as áreas mais e menos vulneráveis socioeconomicamente. Além disso, a condição da habitação e de habitabilidade são em si mesmas determinantes da saúde (Santana *et al.*, 2007).

Contudo, como vimos os índices compostos têm sido amplamente utilizados com algumas variações, mantendo uma base ligada à educação, condições de moradia, renda, e também propriedade de carro e/ou emprego (Carstairs e Morris, 1990; Jarman, 1983). Mais recentemente, a privação material foi adaptada do Índice Europeu de Privação, com base em um conjunto de oito indicadores com pesos diferentes (Ribeiro *et al.*, 2018). Contudo, o IPM usado aqui oferece a vantagem de contar com dados públicos disponíveis gratuitamente no nível da secção. Tem sido associado a comportamentos não saudáveis a obesidade (Santana, Santos e Nogueira, 2009), a mortalidade relacionada ao diabetes mellitus (Santana *et al.*, 2015a), a mortalidade, principalmente associada a doenças infecciosas e parasitárias, doença hepática crônica, diabetes e cardiopatia isquêmica (Santana *et al.*, 2015a), à saúde mental (Loureiro, 2019) e ao suicídio (Santana *et al.*, 2015b; Costa *et al.*, 2015).

3.1.2.2 Serviço de Urgência e Meios de Emergência (Públicos)

As unidades de saúde com serviço de urgência foram georreferenciadas para os anos de 1991, 2001, 2011 e 2019. Foram considerados os três níveis de serviços de urgência que compõem a Rede Nacional de Urgência e Emergência em Portugal. Através do endereço eletrónico do Serviço Nacional de Saúde – Prestadores de Cuidados de Saúde (SNS-PCS, 2019) foram levantados os endereços de todas as unidades de saúde com serviço de urgência em funcionamento. A partir daí foi realizada uma busca *online* pelas datas de abertura de cada uma daquelas unidades.

Outra fonte de informação que auxiliou a compor a evolução das unidades de saúde com serviço de urgência foram os documentos ligados ao processo de reestruturação pelo qual passaram as urgências, nomeadamente o Relatório Reestruturação das Urgências (Portugal, 1996), Proposta da Rede de Urgências pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgência (CTAPRU) (Portugal, 2007a) e a Proposta de Reestruturação da Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e

Urgência (Portugal, 2012). O processo de reestruturação implica um estudo dos pontos de saúde com serviço de urgência e a posterior sugestão de manutenção, abertura e ou encerramento. Deste modo, nestes documentos estão presentes uma lista com todas as unidades com serviço de urgência em funcionamento e reconhecidos, e seu respectivo nível. Assim, através destas listas fomos “acompanhando”, por exemplo, as unidades que encerraram serviço de urgência, porque, por exemplo, aparecia em um relatório mais antigo e deixava de aparecer como serviço de urgência ativo no relatório mais recente. Nestes casos, procuramos informação complementar *online* sobre o encerramento ou abertura de uma dada unidade.

Deste modo, conseguimos “construir” a geografia das unidades de saúde com serviço de urgência desde 1991 até 2019. Uma vez datadas as unidades de saúde com serviço de urgência obtivemos as coordenadas de cada ponto através do “Google Mapas”. Foram obtidas as coordenadas mais próximas possível da entrada da urgência em cada unidade de saúde. Posteriormente, as coordenadas foram inseridas e transformadas em pontos no ArcGIS 10.2.

Os meios de emergência referem-se a meios móveis disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para prestação de serviços de pré-urgência e transporte inter-hospitalar. Em Portugal há dez tipos de meios de emergência coordenados diretamente pelo INEM e/ou em parcerias com outras entidades de socorro, como a Liga dos Bombeiros Portugueses. Contudo, nossa análise sobre o acesso geográfico aos meios de emergência não incorpora os dez meios de emergência existentes em Portugal. A análise foi centrada nos meios de emergência não especializados, ou seja, aqueles que podem receber missões para as chamadas gerais de urgência/emergência, que não estejam em funcionamento apenas em eventos de emergência excepcionais, como os meios ligados aos momentos de catástrofes. Deste modo, foram excluídos da nossa análise: (i) o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), pois além de ser especializado para crianças funciona apenas entre os hospitais, como o próprio nome sugere; (ii) as Viaturas de Intervenção em Catástrofe e Hospital de Campanha, posto que só são acionados em situações excepcionais; (iii) a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE); e o Serviço de Helicóptero de Emergência Médica (SHEM).

Assim, os cinco meios de emergência que correspondem aos critérios definidos são: Ambulância de Emergência Médica (AEM), Ambulâncias de Socorro (AS), Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), Motociclo de Emergência Médica (MEM) e Viatura

Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Em 2019, segundo o INEM, a AML contava com 108 destes meios de emergência, sendo: 73 AS, 20 AEM, 10 VMER, 4 MEM e 1 SIV. Os meios de emergência foram agrupados em dois conjuntos: VMER e MEM (realizam apenas atendimento no local, chamamos pela sigla ME-ST “meios de emergência sem transporte”) e AEM, AS e SIV (que realizam atendimento no local e transporte do utente as urgências hospitalares, referidos pela sigla ME-CT “meios de emergência com transporte”).

A lista com as coordenadas dos meios de emergência selecionados foi disponibilizada pelo INEM. Esses dados não estão disponibilizados *online* e, segundo o setor de comunicação do INEM, não são dados públicos e foram obtidos a partir de justificativa escrita do seu uso e comprometimento de utilização para fins estritamente académicos. Após o recebimento da lista com as coordenadas, estas foram inseridas no ArcGIS e transformadas em pontos. Posteriormente, esses meios foram espacializados e enviados ao INEM para validação dos mesmos, sendo esta uma exigência da Instituição. A seguir, foi emitida por aquela Instituição uma carta escrita de validação e autorização para utilização da informação fornecida para fins científicos (ver anexo 2).

3.1.2.3 Serviço de Urgência Privado

As unidades de saúde privada com serviço de urgência foi outro dado utilizado na investigação. Foi realizado o levantamento de todas as unidades com serviço de urgência geral 24h (todos os dias do ano), assim não consideramos as urgências que funcionam em horários específicos no dia. Deste modo, mantivemos o mesmo recorte que já havia sido realizado para o setor público.

Com este recorte foram identificadas 12 unidades com serviço de urgência pertencentes a seis grupos: Lusíadas, Luz Saúde, José de Mello Saúde, Trofa Saúde, Cruz Vermelha Portuguesa e SAMS Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. Salientamos que as unidades com serviço de urgência não foram consideradas por diferentes níveis, consideramos apenas a disponibilidade, em termos de oferta.

Nos moldes como fizemos para as urgências públicas realizámos o levantamento dos endereços nos respectivos *sites* dos Grupos privados, ligamos para todas as unidades que no *site* indicava haver serviço de urgência para conferir se o serviço funciona 24h e, posteriormente, obtivemos as coordenadas do Google Mapas e inserimos no ArcGIS 10.2

para especialização. Sobre os respectivos anos de início de funcionamento, foi necessário validar a informação referente às unidades pertencentes ao Grupo Jose de Mello Saúde, tendo em vista, que nem todas as unidades de saúde quando abriram portas tinham o serviço de urgência disponível 24h, a exemplo, da CUF Almada Clínica que foi inaugurada no final de 2016, mas o serviço de urgência passou a funcionar em 2019, não estando este tipo de informação disponível nos sites dos Grupos.

3.1.2.4 Análise de rede

A análise de rede foi utilizada para mensurar o acesso geográfico, referido aqui como tempo de viagem aos serviços de urgência público e privado e aos meios de emergência na AML. O acesso pode ser definido a partir de dois estágios: acesso potencial (ter acesso) e acesso real (ganhar acesso) (Higgs, 2005; Khan, 1992). Nossa análise recai sobre o acesso potencial de natureza geográfica. Deste modo, não avaliamos a prestação do serviço, mas tão somente a chegada ao ponto de prestação do serviço.

Para medição do tempo de viagem foi utilizada a ferramenta Network Analyst do programa ArcGIS 10.2. A rede rodoviária foi baseada nas estradas GPS TomTom (2012) (redes de rodovias e estradas nacionais) e em uma rede rodoviária previamente modelada (Correia, 2019), que inclui as principais estradas urbanas e a rede de estradas locais. Os tempos de viagem foram estimados em minutos, com base nas velocidades máximas legais de todas as infraestruturas: rodovias (120 km/h), estradas nacionais (90 km/h) e estradas principais (50 km/h). Em relação às estradas locais, a velocidade foi estabelecida em 30km/h, com base em testes de comparação (Correia, 2019) entre o tempo de viagem usando a rede rodoviária GPS Tomtom e a rede modelada. Foi considerada a rede viária existente na AML em cada ano da análise (1991, 2001 e 2011).

Os critérios estabelecidos para a análise de rede foram: utilização de veículo automóvel, menor tempo de viagem em minutos entre o centroide de cada secção estatística da AML e as unidades de saúde com serviço de urgência. O centróide foi ponderado pela população inserida em cada secção. O ponto de destino corresponde à mais próxima unidade de saúde com serviço de urgência, uma abordagem frequente em estudos de acessibilidade geográfica a serviços de urgência, cuidados primários e tratamentos continuados (Onega *et al.*, 2008; Carr *et al.*, 2009; Munoz and Källestål, 2012; Alford-Teaster *et al.*, 2016; Freyssenge *et al.*, 2018). Um dos fatores que justifica a nossa análise centrar-se na utilização do automóvel para aceder ao serviço público de urgência prende-

se com o contínuo decréscimo da utilização do transporte público na AML. Soma-se a este argumento o princípio que ao necessitar de um serviço de urgência as pessoas, em geral, recorrem à utilização de automóvel individual – automóvel próprio, táxi, *uber*, INEM – em detrimento do uso de transportes públicos coletivos.

Estes critérios foram utilizados em todas as mensurações do tempo de viagem realizadas nesta investigação.

Na análise do tempo de viagem aos serviços de urgência e emergência foram considerados os seguintes percursos:

- Urgências públicas: centroide-serviço de urgência (total e por níveis para 1991, 2001, 2011 e 2019).
- Urgências privadas: centroide-serviço de urgência (total e apenas para 2019).
- Meios de emergência: (i) todos os meios de emergência-centroide; (ii) ME-ST-centroide, (iii) ME-CT-centroide, e (iv) ME-CT-centroide- urgências hospitalares públicas (SUMC e SUP)¹⁴ (apenas para 2019).

Na mensuração do acesso às urgências públicas consideramos que além da mensuração da evolução do acesso geográfico a todas as unidades com serviço de urgência, importava saber a evolução do acesso geográfico aos níveis SUMC e SUP apenas (sem SUB) em virtude das diferentes capacidades de resposta de cada um dos níveis. Por isso foi realizada uma análise apenas com estes dois níveis de forma individualizada. Embora reconhecendo a importância dos serviços de urgência SUB, este serviço foi considerado apenas na análise do acesso geográfico a todos os pontos com serviço de urgência em virtude de dispor de poucos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e por isso, não considerámos relevante uma análise individualizada deste nível de urgência.

Os resultados do tempo de viagem a todos os pontos com serviços de urgência na AML foram agrupados em seis classes: até 5 minutos, entre 5 e 10 minutos, entre 10 e 15 minutos, entre 15 e 20 minutos, entre 20 e 30 minutos e superior a 30 minutos. A classe de 20 a 30 minutos tem um intervalo de 10 minutos em virtude do reduzido número de população nas classes de tempo de viagem acima de 20 minutos. Contudo, consideramos

¹⁴ Só foram considerados esses dois níveis de urgência em virtude da urgência nível SUB dispor de poucos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Logo consideramos que os utentes em estado urgente e/ou emergente será conduzido por uma meio de emergência para uma urgência de nível intermediário ou para uma de nível mais complexo.

importante criar a classe tempo de viagem superior a 30 minutos, destacando-se aqui as áreas com o pior tempo de viagem do conjunto. Para a análise do acesso geográfico às urgências nível SUP acrescentamos mais uma classe de tempo, entre 40 e 60 minutos, em virtude dos elevados tempos de viagem.

Por fim, foi realizada uma comparação dos tempos de viagem em função da população geral, por grupos etários e por classes do IPM das secções estatísticas para as urgências públicas e privadas e para o quarto trajeto dos meios de emergência. Importa mencionar que esta etapa da investigação combinou dados com temporalidades distintas. A geografia do serviço de urgência público e privado foi a existente em 2019. Por sua vez, a rede viária é de 2011 (Correia, 2019), assim como os dados de população, os quais são provenientes do último Censo disponível para Portugal.

Embora não tenhamos discutido conceitualmente acesso, este é um elemento relevante nesta investigação. O acesso é composto por dimensões como adequação, a capacidade financeira para aceder, a disponibilidade, a aceitabilidade e a acessibilidade (Guargliardo, 2004; Levesque, Harris e Russell, 2013). Sendo as dimensões geográficas disponibilidade e acessibilidade aquelas que daremos atenção nesta investigação. Importa ainda dizer que é um conceito multidimensional e múltiplas também são as formas de medi-lo (Apparicio *et al*, 2008), mas o tempo de viagem é das medidas mais utilizadas para mensurar o acesso potencial (Haynes *et al*, 2006; Alford-Teaster, 2016; Freyssenge *et al.*, 2018). A mensuração do tempo de viagem com base na rede rodoviária real, a qual foi utilizada nesta investigação, permite estimativas mais precisas e se aproxima mais das experiências reais de acesso geográfico das pessoas (Brabyn e Skelly, 2002; Nesbit *et al.*, 2014).

Contudo, esta etapa da investigação tem algumas limitações:

- Não foi considerada a disponibilidade real das unidades de saúde com serviço de urgência para receber pacientes, bem como a disponibilidade de especialidades médicas em cada estrutura.
- Embora a mensuração do tempo de viagem baseado na rede de estradas seja melhor do que a análise baseada na distância em linha reta, variações do tráfego rodoviário, topografia, diferentes horários, por exemplo, podem modificar significativamente o acesso, e essas impedâncias não foram consideradas na análise.

- A localização dos meios de emergência foi considerada como o ponto de origem para mensurar o tempo de viagem. Contudo, como os meios de emergência estão em trânsito a maior parte do tempo, eles podem ser ativados quando estão fora da base, o que significa que sua localização real pode ser diferente da localização da base a qualquer momento. No entanto, os meios de emergência podem geralmente estar mais próximo de hospitais e áreas densamente povoadas na maior parte do tempo, o que significa que os nossos resultados podem estar subestimando o tempo real de viagem daqueles que vivem nas áreas mais periféricas e com mais privação, ou seja, o acesso real pode ser pior do que o estimado aqui.
- O tempo de viagem para o percurso ME-CT-centroide-urgências hospitalares não leva em consideração o tempo inicialmente dedicado aos cuidados no local pelo meio de emergência. Isso pode modificar substancialmente o tempo de viagem real à emergência, dependendo da gravidade da situação.
- Como há um intervalo de oito anos entre os dados de saúde e os censos, é provável que os resultados sejam bastante distorcidos: em um contexto de gentrificação em andamento na área central da AML (Mendes, 2018; Barata-Salgueiro, Mendes e Guimarães, 2017), atualmente pode haver mais população em áreas com pior acesso geográfico do que os dados de 2011 indicam. Essa limitação pode subestimar a gravidade das desigualdades socioeconômicas.
- Finalmente, as seções estatísticas foram definidas de acordo com seus centróides e ponderadas pela distribuição da população. O uso de centroides muitas vezes levanta o problema do viés de erro de agregação (Langford e Higgs, 2006; Lin, 2004; Luo, 2004), mas é um método amplamente usado na ausência de dados mais precisos (Berke e Shi, 2009; Law *et al.*, 2011). Como já mostrado no caso da AML (Padeiro, 2018b), é provável que o erro resultante não seja significativo.

3.1.2.5 Análise documental

A análise documental foi realizada através da leitura ativa de documentos oficiais que estiveram na base das reestruturações pelas quais passaram os serviços de urgências em Portugal. Estes documentos “oficiais” abrangem relatórios publicados por Comissões Nacionais responsáveis por processos de reestruturações, reformas, apoio à requalificação e reavaliação da rede de urgências e emergência em Portugal.

É relevante dizer que alguns Despachos Ministeriais, que implicaram mudanças na rede de urgências e emergência, decorrem dos resultados/sugestões apresentadas pelos relatórios de reestruturação das urgências e emergências. Assim, a análise documental também foi complementada com o estudo de Despachos Ministeriais, procurando realçar as mudanças e revogações, por eles decretadas. Esta tarefa permitiu verificar a concretização real das sugestões realizadas pelas comissões responsáveis pela reestruturação das urgências. É pertinente chamar atenção para este ponto, porque nem todas as alterações sugeridas pelas comissões e apresentadas nos documentos oficiais analisados foram implementadas na prática.

Tem sido intenso o debate sobre o serviço público de urgências e a melhor maneira de agregar equidade, resposta eficiente e articulada e gestão eficaz de recursos humanos, materiais e financeiros. Neste sentido, muitos têm sido os resultados deste debate, os quais têm-se materializado em forma de Despachos, Recomendações e Relatórios, como pode ser visto no quadro abaixo. (Quadro 4).

Quadro 4 - Documentos relevantes na constituição da rede de serviço de urgência em Portugal

Ano	Caminhar da rede de serviços de urgência e emergência	Descrição
1996	Relatório Reestruturação das Urgências - Ministério da Saúde	
2001	Despacho Ministerial 14/11/2001	Cria a Rede de Referência de Urgência/Emergência
2002	Despacho Ministerial 07/02/2002	Criação da Unidade de Urgência Básica
2002	Despacho Ministerial nº 11/2002	Criação do Serviço de Urgência enquanto serviço de ação Médica Hospitalar
2005	Despacho Ministerial nº 19123/2005	Implementação da Triagem de Prioridades na Urgência
2006	Despacho Ministerial nº 18459/2006	Classificação dos Tipos de Serviços de Urgência
2007	Despacho Ministerial nº 727/2007	Esclarecimento sobre a Classificação dos Serviços de Urgência
2006/2008	Criação da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgência (CTAPRU)	Proposta da Rede de Urgências (2006-atualizada em 2007)
		Recomendação para organização dos cuidados urgentes
		Proposta da rede de referência de urgência e emergência (2007-atualizada 2008)
2008	Despacho Ministerial nº 5414/2008	Descrição dos Pontos de Rede de Urgência
2007	Recomendações para a Organização e Desenvolvimento da Qualidade nos Serviços de Urgência - Competência em Emergência Médica	

2008	Recomendações para o Transporte do Doente Crítico - Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos	
2009	Normas de Boa Prática no Trauma - Competência em Emergência Médica	
2010	Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado	
2010	Via Verde de Sepsis - Circular Normativa da DGS nº1/DQS/DQCO de 06/01/2010	
2010	Via Verde de Trauma - Circular Normativa da DGS nº 7/DQS/DQCO de 31/03/2010	
2011	Despacho Ministerial 14898/2011	Determina que os meios de Emergência Pré -Hospitalar devem existir, obrigatoriamente, na rede articulada de Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde
2011	Criação da Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência	Avaliar o estado de implementação da rede de urgência e emergência, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso e a composição das respostas existentes
2015	Despacho n.º 13427/2015, de 16 de novembro	Definiu e classificou os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência

Fonte: Adaptado do Relatório da Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Portugal, 2012).

Diante destes documentos, apontados pela Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Portugal, 2012), pela sua significância, optámos por analisar os relatórios resultantes de estudos apresentados por Comissões/Grupos, nomeados pelo Estado português para avaliar e propor uma rede articulada de urgência e emergência. Esta escolha está assente na nossa preocupação em entender como o espaço tem sido pensado e utilizado pelos gestores públicos, sendo imprescindível acompanhar a rede existente e as sugestões de aberturas e encerramentos para a AML.

Deste modo, foram analisados: (i) o “Relatório sobre a Reestruturação das Urgências”, de 1996, o primeiro documento focado na reestruturação dos serviços de urgência com base em um diagnóstico de avaliação, (ii) a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, publicada em 2001; (iii) a Proposta da Rede de Urgência pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgência (CTAPRU), de

2007¹⁵ (serviu de base para a publicação do Despacho nº 5414/2008, de 28 de Janeiro o qual reorganizou os pontos da rede); e (iv) o Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, de 2011 (serviu de base para os Despachos nº 10319/2014, de 25 de julho; e nº 13427/2015, de 16 de novembro).

À luz deste conjunto de documentos, procuraremos acompanhar as alterações sofridas pela geografia dos serviços de urgências e analisar as justificativas para cada mudança e proposta realizada, no intuito de discutir como o espaço pode ter sido mobilizado/pensado no planeamento público do serviço de urgência.

3.1.2.6 Entrevistas

Complementarmente às informações e fontes descritas até aqui, foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com *stakeholders* que tiverem/têm um papel fundamental no planeamento da área da saúde em Portugal e com organização da sociedade civil. A entrevista pode ser definida como conversa a dois, estando do lado do entrevistador a iniciativa da conversa e levantamento de questões ao entrevistado de modo que este forneça informações relativas ao objeto de pesquisa (Minayo, 1992).

A técnica da entrevista individual em profundidade busca informação, percepções e posicionamento dos informantes sobre um determinado assunto. “São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar ‘subjettivos’. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos” (Minayo, 1992, p. 108). Entre as principais qualidades da realização de entrevista está a flexibilidade que confere ao entrevistado definir os termos das respostas, bem como ao entrevistador ir ajustando as perguntas (Duarte, 2005).

Os informantes escolhidos para realização de entrevistas dividiram-se em três grupos: setor público, setor privado e sociedade civil organizada. Após a finalização da análise documental verificamos que 2007-2008 foi um período de grandes alterações na rede de urgências, em decorrência da Proposta da Rede de Urgência pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU) (Portugal, 2007a; 2007b). Nesta altura, o Ministro da Saúde era António Correia de Campos, atual

¹⁵ O estudo realizado pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências foi apresentado em 2006. Em setembro desse mesmo ano, o documento foi a audição pública e reapresentado um relatório final em janeiro de 2007. A análise é realizada sobre o relatório final e, por isso, a referência ao ano de 2007 (Portugal, 2007a).

Presidente do Conselho Económico e Social. Esta foi uma das principais razões para ser um dos *stakeholders* escolhidos. Neste seguimento, também foi escolhido Paulo Telles Freitas, tendo em vista que foi um dos membros da CTAPRU e atual Director do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Ainda no grupo do setor público entrevistámos Constantino Sakellarides pela sua vasta experiência na gestão da saúde pública, tendo já ocupado o cargo de Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e de Diretor Geral da Saúde.

Do lado do setor privado foi entrevistado o Grupo José de Mello Saúde, um dos grandes grupos privados a atuar na saúde em Portugal e detentor de cinco das 12 unidades de saúde com serviço de urgência na AML até dezembro de 2019. A entrevista foi concedida pela Gestora de Planeamento Estratégico, Marta Amorim. Também foram contactados os grupos Lusíadas e Luz Saúde. O Grupo Lusíadas, após leitura do nosso guião de entrevista, informou-nos que em função da mudança de “proprietário”, em meados de 2013, não conseguiria responder a grande parte das questões. A entrevista estava, em grande medida, direcionada ao que foi a estratégia de localização do Hospital Lusíadas Lisboa, tendo em vista que era a única unidade deste Grupo com serviço de urgência na altura do contato (dezembro de 2018). Com o Grupo Luz Saúde houve muitas tentativas de contato entre outubro de 2018 e dezembro de 2019. Neste intervalo conseguimos uma mediação entre nós e CEO do Grupo, através da Direção de Marketing e Comunicação. Foi-nos solicitado o guião de entrevista, o qual foi enviado, para tentar resposta por escrito, mas sem sucesso até o encerramento desta tese.

No que chamamos de sociedade civil organiza-se a Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas. O interesse na realização desta entrevista deu-se em virtude do conhecimento de que a abertura do Hospital Beatriz Ângelo (Hospital de Loures) foi marcada por reivindicações, encabeçadas pela tal Comissão, em função das barreiras ao acesso àquela unidade.

Deste modo, no total foram realizadas cinco entrevistas. Para as entrevistas foram elaborados guiões (ver anexo 3A, 3B, 3C, 3D e 3E). Apenas o grupo privado José de Mello solicitou o envio do guião dias antes da realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas nos gabinetes de trabalho de cada entrevistado, no dia e hora agendados pelos mesmos, tiveram uma média de duração de uma hora e trinta minutos cada uma. As entrevistas decorreram entre novembro de 2018 e agosto de 2019, em uma fase mais avançada da investigação.

As entrevistas foram elaboradas e realizadas após a leitura, reflexão e redação da parte teórica e da análise documental. Deste modo, a entrevista foi conduzida de modo a procurar as respostas para um conjunto de perguntas que as leituras até então não tinham conseguido responder. Por conseguinte, foram obtidas informações primárias e “construídas” no diálogo, as quais não poderiam ser obtidas através de outras fontes. (Minayo, 2008). A realização das entrevistas nesta fase mais tardia permitiu o aprofundamento da avaliação, opinião e a visão de cada entrevistado a respeito dos temas levantados.

Os pontos-chave da entrevista com o setor público foram: (i) um panorama geral sobre o SNS, (ii) a relação entre os setores público e privado, (iii) a evolução da rede de serviço de urgência e os fatores que estiveram na base das tomadas de decisão, (iv) a crise e o SNS, e (v) a importância do espaço para o planeamento em saúde. Com o setor privado os temas de interesse estiveram focalizados: (i) conhecimento das estratégias de expansão do setor e do grupo e (ii) a relevância atribuída ao espaço e seus atributos no processo de localização das unidades de saúde. Com a Comissão de Utente, a entrevista foi conduzida de modo a entender as respostas do Estado às reivindicações feitas por esta Comissão. Em virtude do interesse demonstrado pelos entrevistados na temática da tese, foram realizados diálogos informais com alguns deles via *e-mail* posteriormente à realização da entrevista.

As entrevistas realizadas com os setores público e privado responderam a um dos objetivos da tese, sendo este discutir como o espaço, e que atributos espaciais, foram mobilizados nas tomadas de decisão, bem como em que medida esse uso caminha no sentido da promoção de (in)justiça espacial.

O número de entrevistas foi reduzido. Contudo, no quadro de uma abordagem qualitativa, o número de entrevistados não é definido à partida. Salienta Duarte (2002) e Minayo (1992) que nesta abordagem importa a qualidade da informação, a profundidade, a totalidade nas suas múltiplas dimensões, bem como o grau de divergência e recorrência da informação. Neste sentido, julgamos que as entrevistas realizadas cumpriram o seu objetivo, que também foi dar suporte à leitura que realizámos do uso do espaço pelos setores público e privado da saúde, em um primeiro momento, através da leitura da evolução da geografia do serviço de urgências e da análise documental dos documentos ligados à reestruturação das urgências oferecidas pelo setor público.

Importa referir que todos os entrevistados permitiram a gravação da entrevista e as mesmas foram transcritas e analisadas. Não se pode dizer que houve uma análise de conteúdo das mesmas, em virtude deste método, ter técnicas específicas para sua realização. Importa ainda dizer que o orientador da tese esteve presente em todas elas, mas todas as entrevistas foram conduzidas por mim. O fato de não ser da mesma nacionalidade que os entrevistados não implicou nenhuma barreira a sua realização ou entendimento.

Capítulo 4 - A Saúde em Portugal: grandes linhas de mudança

“O jeito mais eficiente de fazer algo é fazendo.”

Amelia Earhart

Embora a nossa pesquisa se debruce sobre o setor das urgências no âmbito da saúde pública portuguesa, parece-nos essencial começar por uma discussão da história da saúde em Portugal. O retrato que se pretende fazer da saúde passa pelo entendimento de que este setor passou por muitas mudanças, as quais acompanharam diferentes momentos políticos, e que tentaremos aqui apresentar. Todavia, chamamos atenção para a complexidade do sistema de saúde, bem como das reformas pelas quais tem passado antes e sobretudo depois da instituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Discorrer sobre aquelas que foram as principais reformas na saúde é uma tentativa “ingênua” de nos aproximar da forma como o sistema de saúde e SNS têm evoluído. Chamamos atenção ainda para o fato das reformas em determinados setores nem sempre terem continuidade nos anos seguintes, seja por falta de interesse político, seja pela descontinuidade ideológica da política, logo algumas reformas podem aparecer de forma “estranque” ao longo deste capítulo. Contudo, espera-se demonstrar, em grandes linhas, aqueles que foram os principais pontos de avanço e inflexão do sistema de saúde e do SNS.

4.1 A saúde até à criação do Serviço Nacional de Saúde

No período que se estende da primeira Constituição portuguesa (1822) à quarta Constituição (1911), a saúde estava vinculada ao apoio das casas de Misericórdia e hospitais de atendimento civis e militares, a assistência pública e os socorros públicos (Campos, 2011), tendo o Estado um papel supletivo e não totalmente responsável pela elaboração e implementação das políticas de saúde antes da década de 1970 (Baganha, Ribeiro e Pires 2002; Sousa, 2009). Porém, ainda que a saúde tenha aparecido como um setor independente, somente a partir dos anos 1970, o artigo 40º da Constituição de 1933 reza que “É direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade da alimentação e da higiene pública”, tendo a saúde uma tônica a partir da higiene, aproximando-se de temas relativos à saúde pública (Campos e Simões, 2011).

Segundo Baganha, Ribeiro e Pires (2002), antes da década de 1970 podem-se identificar, pelo menos, cinco vias que se sobrepunham no que tange à prestação do serviço de saúde em Portugal:

- Casas de Misericórdia - ligada à gestão de instituições hospitalares pelo país com base na solidariedade social;
- Serviços Médico-Sociais - destinado aos que estão ligados à Federação de Caixa de Previdência;
- Serviços de Saúde Pública - função ligada à prevenção/proteção de doenças. Campanhas de vacinação, saneamento básico, etc.;
- Hospitais Estatais - localização concentrada no núcleo urbano e de natureza geral e especializada;
- Serviços Privados - voltado para a população com maior poder aquisitivo.

A saúde que antecede a década de 1970 ficou marcada por uma visão médico-sanitarista promulgada nas Constituições daquele período. As Casas de Misericórdia tiveram um papel fundamental na prestação de assistência à saúde, uma vez que estas possuíam a gestão de grande parte dos hospitais, destacando-se pelas atividades que abrangiam a assistência social, por um lado, e os cuidados de saúde, por outro.

Contudo, muitas foram as transformações pelas quais passou a saúde em Portugal até 1971, as quais foram abrindo terreno para o que viria a ser o SNS. Dentre essas transformações destacaram-se três, consideradas por Campos e Simões (2011) como as mais importantes: Reforma Ricardo Jorge (Final do século XIX e início do sec. XX), Reforma Trigo de Negreiros (1945) e Reforma Gonçalves Ferreira (1971)¹⁶.

De um modo geral, as reformas assistidas na saúde em Portugal do final do século XIX até meados dos anos de 1970 foram alargadas e marcadas pela inovação em saúde no âmbito do planeamento, dos recursos humanos, dos órgãos de gestão, e dos laboratórios, com destaque para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Daquelas, a Reforma de Gonçalves Ferreira foi a que mais se destacou em virtude de ter fornecido as bases do que viria a ser o SNS oficializado em 1979, sendo também considerada uma das mais importantes por contemplar os cuidados de saúde primários a partir do estabelecimento dos Centros de Saúde, preocupação esta que alcançou a escala global sete anos depois, quando da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que teve lugar em Alma-Ata, na República do Cazaquistão,

¹⁶ Para mais detalhes das Reformas mencionadas consultar Anexo 4.

considerada a primeira declaração internacional que incitou a discussão sobre a relevância da saúde primária.

No início da década de 1970, a saúde em Portugal estava inserida em uma conjuntura política revolucionária, próxima ao fim da ditadura, encontrando terreno fértil para aquilo que viria a ser a saúde como a conhecemos, um direito social e universal e dever do Estado. Registra-se que nem tudo que foi desenhado para a saúde foi concretizado, mas decerto as bases fundamentais do SNS tiveram seu embrião naquele período.

Segundo Campos (2011), foi com a reforma da saúde de 1971 (Reforma Gonçalves Ferreira) que se concebeu um SNS, embora não tenha recebido esse nome. Antes mesmo do 25 de Abril de 1974, buscou-se uma cobertura médico-sanitária que abrangesse toda a população sem, contudo, dispensar as iniciativas que partiam de instituições particulares (Carapinheiro e Pinto, 1987). A Reforma de 1971 foi considerada por Campos como aquela que “[...] coloca no eixo do sistema os cuidados de primeira linha, denominados essenciais, promove a integração funcional de serviços dispersos, reconhece o direito à saúde a toda a população, abrindo caminho à universalização dos cuidados” (1986, p. 603). Na realidade, é exatamente neste período que a saúde vai deixando a sua face mais voltada para a assistência e vai se delineando um novo quadro de participação do Estado, tornando-se esta Instituição responsável pela elaboração de políticas, mas também pela sua execução, transformando a saúde em uma entidade de natureza autônoma. A década de 1970 ficou conhecida como a “fase otimista e de consolidação normativa do SNS”, particularmente, o período que se estende de 1974 até o final da década com a formalização do SNS (Campos, 2011, p. 120).

Segundo Campos (1986), podem-se apontar pelo menos seis modificações profundas que acometeram o setor de saúde naquele período, que passamos a apresentar nas suas grandes linhas.

A primeira mudança foi a *universalização*. Não foi propriamente o Abril de 1974 o responsável pelo nascimento deste ideal para a saúde, tendo em vista que na reforma de 1971 já havia sido apontado o reconhecimento da saúde enquanto um direito a toda população. Este princípio é reforçado em 1976, aquando do nascimento da Constituição de 1976, consagrando a saúde como um bem universal. Para tanto, foi necessário tornar de pertencimento do Estado a maior parte dos equipamentos que ofertavam serviços privados de saúde, sendo a *nacionalização ou oficialização* a segunda grande mudança.

A segunda metade da década de 1970 assistiu ao intenso processo de nacionalização de hospitais que estavam sob a guarda das Casas das Misericórdias, aumentando a oferta de leitos em estabelecimentos de natureza pública. Do princípio ao final da década de 1970, o Estado com a nacionalização dos hospitais distritais e concelhios passou de 45% para 83% o total de camas em hospitais públicos. Acompanhando a nacionalização das unidades de saúde, os profissionais da saúde passaram ao estatuto de funcionário público, o que ficou conhecido como *funcionalização*, que representou a terceira mudança.

A quarta mudança estrutural se deu a partir do aumento da responsabilidade do Estado no *financiamento* da saúde. Em detrimento disto, houve uma ampliação expressiva da cobertura de saúde em Portugal. Segundo Campos (2011), antes mesmo da criação oficial do SNS, em 1978, a cobertura do serviço de saúde já abrangia a população portuguesa, sendo este considerado um grande salto, na medida em que ainda em 1974 apenas pouco mais da metade da população portuguesa (58%) estava coberta por algum seguro de saúde. Este fenómeno se refletiu na melhoria substancial dos indicadores da saúde em menos de dez anos, pois ainda na década de 1960 Portugal apresentava em alguns domínios os piores indicadores em comparação com os países que hoje compõem a União Europeia (UE), como descreveu Baganha, Ribeiro e Pires,

De uma forma geral, somos, ao longo de toda a década de 1960, o país com pior desempenho ao nível da cobertura (18% da população coberta em 1960 para uma média europeia de 70,9%), e ao nível das taxas de mortalidade infantil (55 óbitos para cada 1000 nascimentos em 1969, para uma média europeia de 23,5 óbitos por cada 1 000 nascimentos). Quanto aos gastos públicos, em 1969, Portugal gastava 1,7% do PIB com saúde comparativamente aos 3,8% da média europeia para o mesmo ano (2002, p. 3-4).

Esta realidade foi profundamente modificada com o decorrer da década de 1970, destacando-se os anos finais deste período, quando o financiamento da saúde advinha substancialmente do Orçamento Geral do Estado (OGE).

A quinta grande alteração foi a busca de uma *integração dos serviços numa estrutura única*. A completa autonomia das instituições prestadoras de serviços de saúde era um impedimento a ações coordenadas neste âmbito, gerando uma clivagem entre instituições e profissionais de saúde, impedindo ações/campanhas mais eficazes contra enfermidades, como por exemplo, a tuberculose.

Por fim, o desfecho se deu com a organização da saúde segundo *o modelo do SNS*. Embora todos os elementos acima descritos tenham sua importância reconhecida, o desenho do SNS, talvez seja a maior inovação daquele que foi o período de grandes evoluções na saúde. Este foi reconhecido como um serviço que reunia desde a prestação de cuidados primários aos hospitalares, passando pela ala dos cuidados preventivos até à reabilitação.

Estes acontecimentos que significaram um salto qualitativo na vida dos portugueses foram mais asseverados com a publicação da Constituição de 1976, a qual, segundo Sousa (2009), trouxe profundas transformações, sobretudo, no âmbito das políticas sociais, na participação do Estado nessas políticas e no olhar para as desigualdades regionais. Este período de nova configuração social e política em Portugal foi marcado por uma grande instabilidade política¹⁷ reforçando a urgência de um Estado capaz de dar resposta aos desafios sociais e institucionais.

Contudo, os interesses definidos na Constituição de 1976 e a Lei do SNS de 1979¹⁸ já não coincidiam com os contornos que vinha assumindo o Estado, pois segundo Campos e Simões (2011) o final da década de 1970 tinha, por um lado, um Estado constitucional com interesse na construção de uma democracia capitalista, enquanto a Constituição apontava para a construção de uma sociedade sem classes. Somente em 1989, com a revisão da Constituição, é que esse projeto socialista foi abandonado.

Apesar dos avanços trazidos pelo SNS ao setor da saúde e a população em Portugal, os princípios defendidos na Lei de criação do SNS não encontraram grande entusiasmo pela Aliança Democrática (AD), formada pela coligação PSD/PPD¹⁹ e CDS²⁰, representada por Francisco Sá Carneiro, que chegou ao poder em dezembro de 1979. A Lei Arnaut, como também é conhecida a Lei de criação do SNS, foi contestada três anos após a AD estar no poder, sendo os seus aspectos essenciais revogados e, somente em 1990, é dado um enquadramento legislativo ao SNS, com a lei de Bases da Saúde, garantindo

¹⁷ Segundo Campos e Simões (2011) “A instabilidade governativa ao longo da segunda metade da década de setenta não permitiu que qualquer partido político alcançasse maioria parlamentar, que qualquer primeiro-ministro governasse durante uma legislatura de quatro anos e que qualquer governo permanecesse no poder de dois anos e meio” (p.120).

¹⁸ Essa Lei também ficou conhecida como “A Lei Arnaut de 1979”. António Arnaut era Ministro dos Assuntos Sociais e esteve à frente da preparação daquela que foi a Lei de base do Serviço Nacional de Saúde.

¹⁹ Partido Social Democrata/ Partido Popular Democrático.

²⁰ Criado com o nome Partido do Centro Democrático Social e mais tarde mudou o nome para Partido Popular.

estabilidade para o funcionamento do SNS, ainda mais a partir de 1993, quando a lei de Base da Saúde foi complementada pelo Regulamento do SNS, sendo a Lei de Bases considerada como um golpe contra os princípios do SNS e um incentivo à expansão privada na saúde (Campos, 2019)²¹.

Contudo, é preciso ter em conta que o SNS português “nasce” em um contexto histórico de retração do Estado Social na Europa, fruto da crise econômica de 1970. O pós 45 na Europa é marcado pelo avanço de respostas sociais na área da saúde e da habitação como um princípio necessário à manutenção da paz. Contudo, Portugal vivia uma ditadura não gozando destes ideais. Segundo Sakellarides (2018)²², estes ideais chegaram em Portugal na década de 70, com 30 anos de atraso decorrente do fim da ditadura, e em um contexto de crise internacional, ligada à crise do Petróleo, a qual colocou desafios à manutenção de um Estado Social, “impondo” uma retração dos avanços sociais que se estendeu até à década de 1980, primeiros anos de vida do SNS português, marcando as dificuldades do seu início. Esta conjuntura macro foi ainda conjugada com uma intensa instabilidade política em Portugal, tendo o país passado por nove Governos Constitucionais entre julho de 1976 e novembro de 1985.

4.2 A Saúde após a criação do Serviço Nacional de Saúde em Portugal

Os anos imediatos à aprovação da lei Arnaut ficaram marcados por uma negação em algum grau daqueles que eram os preceitos do SNS. Segundo Campos e Simões (2011), é com VI Governo Constitucional (1980-1981) que de maneira “[...] mais consistente e determinada, do ponto de vista ideológico e da sustentabilidade financeira do SNS, se colocou seriamente a possibilidade de se desenvolver uma alternativa ao SNS” (p. 128), tendo sido declarada pelo Governo vigente a intenção de reconsiderar a Lei do SNS.

O ano de 1982 marca a grande tarefa de revisão constitucional, cujo intuito era também a contestação do SNS (Decreto-lei nº 254/82, de 29 de junho). Contudo, foram encontrados entraves constitucionais à concretização do interesse na sua extinção, ficando definido que o SNS poderia sofrer alterações, mas não anulação (Campos e Simões, 2011). A segunda revisão Constitucional foi realizada em 1989, abandonando a gratuidade na oferta dos serviços públicos de saúde e apontada a socialização da medicina e dos setores

²¹ António Correia de Campos. Entrevista concedida dia 05 de fevereiro de 2019.

²² Constantino Sakellarides. Entrevista concedida dia 19 de novembro de 2018.

médico-medicamentosos, sendo esta segunda revisão constitucional para Santos (1992) o momento da eliminação de todo e qualquer rasto do programa socialista, idealizado na Constituição.

1 - O n.º 2 do artigo 64.º é substituído por: 2. O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, *tendencialmente gratuito*;

2 - A alínea c) do n.º 3 do mesmo artigo é substituída por: c) *Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos* (Lei Constitucional nº 1/89 de 8 de julho).

Contudo, apesar desta explicitação da não gratuitidade na oferta dos serviços públicos de saúde, as taxas moderadoras são uma realidade do SNS português desde 1980. Porém, apenas em 1986 (Decreto lei nº 57/86, de 20 de março) é que as mesmas ganharam um enquadramento jurídico no âmbito do SNS, “argumentando o legislador que tais taxas têm por fim racionalizar a procura de cuidados de saúde [...] tendendo a evitar a sua utilização para além do razoável” (Simões, Barros, Pereira, 2007, p.99).

Um das consequências dos “ataques” sofridos pela saúde pública na primeira metade da década de 1980, anos seguintes à oficialização do SNS, foi a redução do financiamento do Estado nos gastos públicos em saúde (Campos e Simões, 2011; Baganha, Ribeiro e Pires, 2002; Sousa, 2009), sendo este um movimento contrário ao investimento privado na saúde em Portugal. Segundo Campos e Simões (2011), esta não era uma realidade apenas portuguesa, afirmando que em 1982 os gastos do setor privado na saúde foi dos mais altos entre os países da UE15. Ainda segundo estes autores, a saúde que se desenhava em Portugal na primeira metade da década de 1980 era um “[...] Serviço Nacional de Saúde proprietário e prestador quase exclusivo dos cuidados de hospitalização e meramente pagador dos cuidados ambulatoriais que incorporam tecnologia, e essa tendência agravava-se entre 1974 e 1984, pois a importância das transferências para o setor privado no total dos gastos públicos acentuava-se de 29,8% para 33,8%” (p. 129-130).

Com efeito, durante a primeira metade dos anos 80, o Governo diminuiu os seus gastos em saúde e os privados aumentaram-na. Os gastos públicos tiveram um decréscimo global de 7,5% enquanto que os gastos privados aumentaram cerca de 45%. Essa situação representa, por um lado, um claro indício do afastamento da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde dos portugueses e, por outro lado, um esforço, por parte das famílias, de custear as despesas de saúde, em valores próximos dos do Estado (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002, p. 6).

A discrepância em termos da apropriação de tecnologia por parte dos setores público e privado, foi um dos fatores que acentuou a remessa de dinheiro público para o setor privado na saúde. Contudo, para Carapinheiro e Pinto (1987, p. 89), este apesar de ser um dos fatores mais importantes, tendo em vista que o Estado pouco ou praticamente nada investia neste setor, “[...] a crescente intervenção do sector privado da saúde conjugado com a débil regulação do Estado na condução global do sistema, originou efeitos económicos perversos, cada vez mais difíceis de controlar, persistindo a ambiguidade na articulação sector público/sector privado”.

Neste quadro, a eficiência da saúde pública foi colocada em causa, em virtude dos altos montantes de repasse de dinheiro público para o setor privado, que por sua vez funcionava como complementar aos diagnósticos e terapêutica, enfrentando o Governo grande oposição da Ordem dos Médicos e da sociedade civil, pela crítica à postura liberal do Estado, em virtude da aproximação com o setor privado.

Esta redução dos gastos em saúde pública por parte do Estado foi também acompanhada pela diminuição da despesa pública com o pessoal da saúde, afastando Portugal do movimento europeu de aumento do número de pessoas a trabalhar no setor da saúde. A subida ao poder da Aliança Democrática, em 1980, deixou demarcado também na saúde a sua filosofia económica de estabilização e modernização, com reforço da iniciativa privada e racionalização do setor público.

Para Carapinheiro e Pinto (1987), o SNS nos primeiros anos após a sua criação não foi efetivado, havendo uma dilapidação da tentativa de constituição de um Estado do Bem Estar Social e a ascensão de uma política neoliberalizante, sendo a lei do SNS um verdadeiro incômodo à execução deste projeto de sociedade.

O avanço de uma política neoliberalizante colocou entraves à garantia plena de direitos sociais, centrando-se o interesse do Estado na contenção de despesas e no incentivo à prestação dos serviços de saúde privados. O debate sobre a reforma dos sistemas de saúde, na década de 1980, defendia um *papel mais ativo do setor privado*, uma *maior responsabilização individual* pelo financiamento, uma *orientação empresarial* do SNS” (Campos e Simões, 2011, p. 131, grifo nosso). Ainda segundo estes autores, esta configuração da saúde portuguesa segue uma tendência verificada na Europa, a que chamam de “ideologia de mercado”, a qual aposta na concorrência entre prestadores de serviços. Esclarece o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2002)

Advoga-se um aumento do financiamento privado; aponta-se para a necessidade de estabelecer uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde; defende-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, promove-se um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde. Propõe-se que uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde está no peso excessivo do estado na prestação de cuidados de saúde (p. 9).

Da criação do SNS até meados de 1985, Sakellarides *et al.* (2015) aponta este período como de tentativa de impedimento do SNS, “inspirado” pelo “movimento de dilapidação” do Estado do Bem Estar Social nas economias mais industrializadas decorrente da crise de 1970. Já na década de 1985-1995, o desafio que se colocava ao SNS foi o da sua qualificação.

Este período foi marcado, segundo Sakellarides (2018) por um aumento no número de hospitais e centro de saúde em Portugal, integração dos centros de saúde de cariz curativa e preventiva, aumento do emprego dos profissionais da área da saúde, uma fase que ele chamou de “paz dos benefícios políticos de construir”, contribuindo para que as críticas que marcaram a criação do SNS fossem matizadas. Os relatórios de Primavera do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS) 2001 e 2002, apontam as melhorias das condições de trabalho e aumento dos equipamentos.

A proximidade entre os setores público e privado na prestação de serviço de saúde passou nesta década por avanços e recuos. Enquanto entre 1985 e 1990 a ênfase foi em uma separação mais clara entre os dois setores, o que gerou discordância entre o Governo e a Ordem dos profissionais de saúde, em 1990 avançou uma agenda política de aumento de protagonismo do setor privado. Tendo como resultado a aprovação, na década de 1990, da Lei de Bases da Saúde, cuja primeira manifestação foi a primeira gestão privada de entidade pública no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca²³ (Costa, 2015).

A Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) e a aprovação, em 1993, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-lei nº 11/93, de 15 de janeiro), apontou para o aumento da responsabilização individual e reforço das iniciativas privadas, considerada por Sakellarides (2018) como um retrocesso as ideias-base do SNS,

²³ O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, mais conhecido como Hospital Amadora-Sintra, é atualmente uma Entidade Público Empresarial (EPE) tendo o contrato de gestão público-privado acabado no dia 31 de dezembro de 2008 através do Decreto-Lei nº 203/2008, de 10 de outubro (Costa, 2015).

ainda que este considere a Lei de Bases como necessária. As principais alterações normativas são resumidas nas quatro estratégias que se seguem:

A regionalização da administração dos serviços, com maior autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais [Decreto-lei nº 11/93, de 15 de janeiro]; (ii) a privatização de setores da prestação de cuidados, devendo o Estado promover o desenvolvimento do setor privado e permitir a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas [Lei de Bases da Saúde]; (iii) a privatização de setores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde [Lei de Bases da Saúde]; (iv) a articulação de cuidados, com a criação de unidades de saúde, que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde [Decreto-lei nº 11/93, de 15 de janeiro] (Campos e Simões, 2011, p. 133).

A análise das estratégias dos defensores da Lei de Bases, no que diz respeito às mudanças pelas quais deveria passar o SNS, permite observar o interesse de inserir o setor da saúde num quadro mais amplo de uma economia liberal que enxerga a livre concorrência como garantia do exercício de cidadania do indivíduo através do direito de escolha/acesso aos bens comuns.

No que diz respeito às mudanças previstas pela Lei de Bases e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, alguns obstáculos foram encontrados, impedindo a execução da norma escrita. Relativamente ao interesse de privatização, tanto da prestação de serviços quanto da fonte de financiamento, obrigava o Governo a fazer uma ruptura brusca com os princípios do SNS, exigindo uma separação entre o financiamento e a prestação, a qual não foi a opção do Governo de Cavaco Silva.

Em entrevista²⁴, António Arnaut, considerado um dos pais do SNS, analisa a aprovação da Lei de Bases de 1990 como um golpe sofrido pelo SNS, porque permeia uma mudança na filosofia do SNS, primeiro ao chamá-la de Lei de Bases da Saúde e não Lei de Bases do SNS, indicando uma tentativa de desvencilhamento do SNS e, segundo, de natureza mais política, ao rezar que o direito à proteção da saúde é garantido pelo sistema de saúde e não pelo SNS, como estava escrito na Lei nº 56/79 (Arnaud, s/d). Assim, o período que sucedeu a Lei de Bases da Saúde consolidou a aliança entre os setores público e o privado, sendo o ápice deste processo a gestão privada de unidades públicas de saúde, como já foi referido (OPSS, 2002).

²⁴ Público. (online). “O SNS precisa passar pelos cuidados intensivos”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/11/04/sociedade/entrevista/o-sns-precisa-de-ir-para-os-cuidados-intensivos-1791275>. Acesso: 03/04/2018.

Na prática, Portugal, a partir de 1993, passou a conhecer o que pode ser chamado de um sistema misto de cuidados de saúde efetivamente consolidado, formado pelo SNS (com financiamento do Orçamento de Estado), o seguro social (com fonte de financiamento de matriz profissional), o seguro voluntário (fonte de financiamento individual) e o modelo de pagamento direto (fonte de financiamento particular) (Pereira, 1995). Contudo, embora o SNS não fosse o único prestador, era aquele que concentrava os maiores níveis de cuidados. No final da década de 1990, o SNS era o único pagador da saúde de 76% da população (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002). Ainda segundo a referida autora, esse processo de aumento das entidades prestadoras, associado às parcerias de financiamento com entidades privadas, ergueu uma barreira de acesso à saúde, colocando em causa o imperativo da equidade, ameaçado também pela exigência de comparticipação por parte da população em gastos altos com a saúde, em virtude da incapacidade de auto-financiamento por parte do Estado²⁵ (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002).

Neste contexto, é crescente a discussão política sobre a necessidade de reformas no setor da saúde, enquadrando-se dentro de um ideário europeu, que apontou em meados da década de 1990 e início do novo século para uma “reinvenção da governação”, que incluiu uma administração pública mais flexível e inovadora nos moldes empresariais em que o cidadão passaria a ocupar o lugar de “cidadão cliente” (OPSS, 2002), questionando-se a gestão burocrática do sistema, focando a agenda política da saúde na flexibilização das organizações. O desafio da qualificação do SNS arrastou-se para a entrada do século XXI. Os primeiros passos de qualificação do SNS vieram acompanhados de um discurso mais abstrato, voltado para a manutenção do equilíbrio orçamental e a promoção da equidade, enquanto se mantinham as parcerias entre os setores público e privado (Campos e Simões, 2011).

Este período foi marcado fortemente por avaliações do SNS e, simultaneamente, pelo desenho, dentro do Ministério da Saúde, de medidas de curto prazo que tentassem sanar os problemas que enfrentava a saúde, com o objetivo de construir um quadro estratégico que se pudesse sustentar no tempo, de modo a potencializar o funcionamento e a prestação

²⁵ O relatório do OPSS (2001) aponta que esta incapacidade de auto-financiamento por parte do poder público esteve ligada pelo menos a três fatores: o primeiro de ordem tecnológica (aquisição de novas tecnologias e mão de obra intensiva); o segundo devido ao aumento do consumo de cuidados de saúde (mudança de hábito da população que passou a usar mais o serviço de saúde resultando na melhoria dos indicadores da saúde-mortalidade infantil e esperança de vida, por exemplo. OCDE Health Data); e o terceiro, do foro demográfico (ainda que o tema do envelhecimento e o aumento das despesas na saúde não encontre unanimidade).

dos cuidados. São frutos deste processo os relatórios do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) e da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ambos publicados em 1998, servindo de base ao documento “*Saúde um compromisso. A estratégia de Saúde para o virar do século*” (1998-2002), sendo esta a primeira estratégia em saúde baseada em metas, assumindo a necessidade de uma reforma estrutural da saúde (Sakellarides *et al.*, 2015; Sakellarides, 2000).

A ausência de autonomia das unidades de saúde e a falta de competição entre prestadores de cuidados públicos e privados foram apontados pelo CRES e pela OCDE como importantes entraves ao pleno funcionamento do SNS. Contudo, apesar do interesse de também promover um debate nacional profundo e rigoroso sobre a saúde, na tentativa de colocar este setor no topo da agenda política, a ampla divulgação dos resultados apresentados pelas avaliações resultou em uma forte insatisfação da população, prevalecendo uma imagem negativa do SNS e da sua gestão, perdendo-se a referência positiva sobre aquele serviço, restando a desconfiança sobre a racionalidade da gestão para a tomada de decisões (Sakellarides, 2000).

Ademais, a entrada nos anos 2000, ainda sob o Governo do Partido Socialista (PS), foi marcada por retrocessos assentes em um movimento de centralização acompanhado de uma redução da transparência informativa, que segundo Sakellarides (2018) apontou como um dos grandes impedimentos para alcançar uma convergência crítica para uma mudança efetiva. No mais, cabe ainda destacar que a entrada no século XXI foi marcada pela continuidade de melhoria dos indicadores em saúde em Portugal, sendo também resultante da simultaneidade de melhorias de indicadores sociais e económicos, na qual a luta contra a pobreza, o acesso ao emprego e o crescimento económico são fatores relevantes para a melhoria dos resultados na condição de saúde das populações (Capucha, 2002).

É também na primeira década dos anos 2000 que se experienciam princípios “inovadores” na saúde, já apontados pela Lei de Bases de 1990²⁶, como a implementação de um sistema misto e complementar de gestão entre a iniciativa pública, privada e social, sendo os hospitais o “receptor” dessa experiência. Esse sistema misto de gestão ficou conhecido

²⁶ Já no final da década de 1980 com a publicação do Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro, lia-se em seu artigo 7º que “A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial [...]”.

como a empresarialização da saúde²⁷, a partir da qual se tentou transpor para a saúde pública normas do setor privado, procurando a separação entre prestador e financiador acompanhando a generalização do contrato de trabalho, o incentivo ao desempenho e a desconcentração de poderes, e a execução e divulgação de relatórios avaliativos anuais acerca do desempenhos dos hospitais da rede, afastando-se da gestão tradicional, marcadamente burocrática (Ferreira, 2005; Franca e Monte, 2010).

É também no decorrer dos anos 2000 que se estreitam as relações entre os setores público e privado com a aprovação do Decreto-lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, cujos dispositivos alinhavaram as condições para a realização de parcerias público-privado no âmbito do SNS, abrangendo os serviços primários, diferenciados e continuados, ficando definido o interesse do setor público em associações duradouras com entidades do setor privado e social para a realização de prestação de serviço no SNS, ficando ao alcance do capital privado a construção, financiamento, conservação e exploração dos equipamentos de saúde do SNS (Decreto-lei n.º 185/2002, de 20 de agosto). Sendo, por exemplo, anunciado em 2004 os concursos para a construção dos hospitais de Loures, Cascais e Braga, todos em parceria público-privada (Campos e Simões, 2011).

Outra aposta na saúde nos anos 2000 foi a definição das redes de prestação de cuidado de saúde, estendendo o princípio de rede aos serviços continuados de saúde em regime de complementaridade e articulação com os serviços primários e hospitalares (Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro), visando a melhoria e consolidação de um sistema de saúde que conseguisse dar resposta às demandas na prestação dos cuidados, tendo como foco a redução das crescentes listas de espera. Datando, por exemplo, de 2001 a primeira Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência de Portugal.

Ainda no decorrer da década dos anos 2000, destacou-se a reconfiguração dos Centros de Saúde através da criação das Unidades de Saúde da Família (USF). As USF são “pequenas equipas multiprofissionais que se auto-organizam com autonomia contratualizada, com remuneração pelo desempenho e orientadas para a prestação de cuidados de saúde familiar” (OPSS, 2002, p. 71). A implementação das USF nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi impulsionada a partir de 2006, e é considerada uma das reformas mais importantes e originais na administração pública no setor da saúde, mas ainda longe

²⁷ O cume dessa reforma foi alcançado quando da publicação da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, mais conhecida como a Nova Lei de Gestão Hospitalar, e a transmutação de um Sistema Público Administrativo para um Sistema assente em uma matriz empresarial.

de resolver o problema da iniquidade no acesso aos CSP. Apesar das USF apontarem para a melhoria dos serviços de saúde prestados, têm uma distribuição geográfica irregular no território Nacional, bem como diferenças no número de profissionais entre as USF e as demais unidades funcionais²⁸ do CSP, havendo unidades com poucos utentes inscritos e 100% de atribuição a médicos de família e outras áreas geográficas com cidadãos sem médico de família, alcançando as unidades resultados diferenciados em saúde.

Nos primeiros anos da segunda década do século XXI fizeram-se sentir os efeitos da recessão econômica advinda da crise do sistema financeiro de 2007, os quais “exigiram” reformas que atingiram os sistemas de proteção social, incluindo a saúde, tornando-se os países da Europa do Sul vulneráveis aos seus efeitos. Segundo Campos e Simões (2011), nesta altura o setor da saúde já avolumava despesas que empurrava este setor para um descontrole financeiro e que de todo não se refletia na qualidade dos serviços de saúde prestados à população, estando na origem destas despesas, especialmente, a prescrição em excesso de medicamentos, correspondendo a um forte *marketing* farmacêutico e ao grande número de prestadores de serviços complementares, como a terapêutica, com acordos com o SNS liderados por grandes operadoras e multinacionais privadas. A combinação entre as despesas com medicamentos e com as entidades que prestavam serviços complementares em parceria com o SNS abarcava mais de dois terços dos gastos públicos com a saúde. Apesar da aprovação da Lei Orçamental de 2007, que incidiu, por exemplo, sobre os escalões de preço dos medicamentos comparticipados pelo SNS parece não ter sido suficiente para reequilibrar as contas da saúde, impossibilitando que este setor recebesse “com boa saúde” a crise que se instalava (Campos e Simões, 2011).

Em 2011, os efeitos da crise do lado dos cidadãos fizeram-se sentir através do aumento do desemprego, diminuição do poder de compra, diminuição das remunerações da função pública e dos pensionistas, risco de empobrecimento, barreiras econômicas ao acesso aos cuidados de saúde e todos os processos a estes fenômenos associados. Já o programa para a saúde no Memorando de Entendimento com a Troika²⁹ foi centrado em medidas de

²⁸ Os agrupamentos de centros de saúde (ACES) são formados pelas seguintes unidades funcionais: Unidade de saúde familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de saúde pública (USP) e Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP).

²⁹ É composto pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, responsáveis pela negociação com os países que solicitaram um resgate financeiro na crise do sistema financeiro de 2007.

contenção de custos e de racionalização dos recursos³⁰. Sendo desta altura o novo regime de taxa moderadora³¹ nas consultas e nos serviços de urgência, com um aumento significativo entre 2011 e 2012³², com possíveis efeitos negativos sobre o acesso aos cuidados de saúde (Sakellarides *et al.*, 2015). Desta maneira, o balanço entre as medidas que levassem ao cumprimento de pagamento/diminuição da dívida e aquelas de garantia de bem-estar à população portuguesa colocou imensos desafios ao setor público da saúde, que em função das restrições nas admissões de profissionais de saúde e não regulamentação das carreiras, sofreu uma grande perda destes profissionais para a rede privada, em virtude do grande descontentamento com o SNS, o que poderá ser traduzido em maiores listas de espera e o avolumar de não respostas às necessidades da população (OPSS, 2013). Esta realidade tem se dado em um quadro de grande crescimento do setor privado, que viu também nas dificuldades do SNS uma oportunidade para expandir a prestação de cuidados de saúde com interesse em vendê-lo visando a geração de riqueza, como ficou evidenciado na entrevista realizada ao Grupo José de Mello Saúde,³³ quando apontou como um dos fatores que impulsionou o interesse na expansão dos negócios da saúde do grupo a debilidade do setor público para responder à demanda da população em prestação de cuidados de saúde. Tendo o setor privado crescido fortemente a partir dos anos 2000.

As consequências advindas do “arrocho” económico na saúde debateu-se ainda na prática com o centralismo na gestão pública que dificultou a criação de condições para a eficiência, culminando com a deterioração das condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados, não tendo alcançado o setor público da saúde a tão almejada flexibilização da gestão em todos os níveis (Sakellarides *et al.*, 2015), apesar de alguns avanços, como a criação dos agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) e implementação dos USF, os quais são citados como exemplos de medidas centradas em um novo modelo de gestão e organização que tendem a ser afastar de mecanismos centralistas e

³⁰ Previna-se desde então: “diminuição da transferência para o financiamento do Serviço Nacional de Saúde face à estimativa de 2011” traduzindo-se em: i) atualização das taxas moderadoras; ii) a alteração do regime de preços e de comparticipação de medicamentos e a promoção da utilização de genéricos; iii) a reorganização e a racionalização da rede hospitalar com o consequente decréscimo dos custos operacionais; e iv) a adoção de horários flexíveis visando a redução da despesa com horas extraordinárias” (OPSS 2013).

³¹ Previsto no Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro. Alterado e republicado pelo Decreto-Lei 128/2012, de 21 de junho.

³² Taxa moderadora: Consultas CSP (2011: 2,25 euros/2012: 5,00); Consultas Hospitais (2011: 4,6/2012: 7,5); Urgência CSP (2011:3,80/2012: 10,00) Urgência Hospitais (2011: 9,60/2012: 20,00). (OPSS, 2013).

³³ Entrevista concedida aos dias 23 de janeiro de 2019.

burocráticos. Já os hospitais são um exemplo de instituições cujo centralismo gestor impossibilita o alcance de melhores resultados, sendo esta ideia reforçada por Correia de Campos em entrevista, como veremos no capítulo sobre o uso do espaço pelos setores público e privado. Embora a legislação tenha evoluído neste sentido, a prática tem imposto constrangimentos às verdadeiras e profundas mudanças.

Passados quase dez anos da crise, o balanço do XXI Governo (2015-2019) para a saúde foi de que o SNS precisava ser reconstruído, precisando ser esta reconstrução acompanhada de políticas de saúde claras que pudessem orientar o gasto dos escassos recursos, para sobretudo se reduzirem as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, a partir de 2016, dentre outras medidas, foram nomeados Coordenadores Nacionais para a reforma do SNS nos cuidados hospitalares, primários e continuados; nomeado o Grupo de Prevenção e Luta contra a Fraude no SNS e a Comissão de Fiscalização Externa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, no intuito de supervisionar o controle dos gastos públicos em saúde; alargado os cuidados de saúde isentos de pagamento de taxas moderadoras no SNS (Decreto-Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro); criado o Centro Nacional de Telessaúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro) incorporando na reforma dos cuidados de saúde o uso da tecnologia da informação e comunicação; expansão dos CSP com o aumento do número de USF, mas ainda não se acabou com as iniquidades ao acesso.

Nos anos mais recentes, o Governo tem apostado no posicionamento do cidadão no centro do SNS, o que exige um sistema transparente no qual as necessidades das pessoas sejam conhecidas por todos os níveis da saúde, além de uma mudança cultural na qual os cidadãos assumam uma atitude proativa na promoção da sua saúde e na da comunidade. Neste sentido, foi lançado em 2016 o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, apontando para uma nova visão para a saúde pública. Este programa visa, por um lado, tornar as pessoas autónomas e responsáveis pela sua saúde, e, por outro, ampliar o acesso à informação sobre boas práticas em educação para a saúde. Outra medida que se coaduna com a centralidade do cidadão na organização do sistema de saúde foi a implementação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) que visa ampliar o acesso e liberdade de escolha dos utente quanto à unidade hospitalar para a realização da primeira consulta da especialidade, cirurgia, urgência e cuidados continuados, tendo em conta o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para cada serviço, visando, deste modo, ajustar a resposta à necessidade, reduzir desigualdades no

acesso, garantir a articulação dos diferentes níveis de cuidados e a transparência no acesso (Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril; Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril).

Todavia, o SNS está longe de ver solucionado todos os problemas que o acometem. Apesar dos avanços legislativos para a “desburocratização” do sistema, os hospitais continuam a estar organizados de modo a garantir pouca autonomia na sua gestão, além de que, do lado da procura, continuam a ser considerados como principal porta de entrada ao SNS, o que aponta para a necessidade de mais informação junto da população sobre o acesso aos serviços de saúde, chamando atenção para o fato de que a reforma do setor hospitalar também deverá passar pela desconstrução da ideia de que o hospital é o lugar mais adequado para a resolução de todos os problemas de saúde, bem como pelo aumento da capacidade dos CSP para gerir as situações agudas.

Os CSP estão a montante dos hospitais, mas com efeitos sobre estes. O fato dos CSP ainda não garantir equidade no acesso a todos os portugueses (SNS-BI-CSP, 2019), apesar da sua expansão, também se soma ao conjunto de fatores que podem estar na base de má utilização dos hospitais para serviços de urgência. Deste modo, a reforma do SNS é complexa e provavelmente não passará apenas por um setor isolado, exigindo altos investimentos, articulação entre os diferentes níveis de cuidados, incluindo o utente, e uma mudança cultural para uma gestão voltada para resultados e incentivo ao desempenho (OPSS, 2017).

Contudo, é preciso ter em conta que o SNS viu reduzir os seus recursos financeiros, na maior parte dos anos após 2010, no quadro do programa de controle das contas públicas no contexto da crise. Se podemos considerar, como indica o OPSS (2017), a lista de espera e o tempo de resposta às necessidades da população como um termômetro de desempenho global do SNS, vemos que há ainda um longo caminho a percorrer.

O período pós crise foi acompanhado pela redução da participação pública nas despesas totais em saúde, enquanto o setor privado vem apresentando um aumento. Este fator poder ter um efeito negativo na qualidade do serviço público, bem como contribuir para aumentar a incerteza da população quanto à garantia de acesso a cuidados de saúde que correspondam às suas necessidades, podendo contribuir para o crescente aumento da participação das famílias no pagamento direto aos cuidados de saúde³⁴.

34 Mais detalhes são apresentados no capítulo 9 sobre o setor privado da saúde.

Dados os problemas ainda enfrentados pelo SNS, a iniquidade no acesso aos cuidados primários, longas listas de espera para cirurgias e consultas, longos tempos de espera à porta das urgências e o aumento das contribuições das famílias nos cuidados de saúde, parece inevitável a defesa de uma modernização do SNS, como parecem inquestionáveis os resultados obtidos pelo SNS face aos avanços no sentido de garantir um espaço mais justo do ponto de vista da saúde, ao longo dos últimos 40 anos.

É certo que o acesso à água potável, saneamento básico, infraestruturação do território, medicamentos, eletricidade, acesso geográfico aos serviços de saúde, dentre outros, contribuíram inquestionavelmente para a melhoria da saúde da população portuguesa, somando a estes o acesso universal aos cuidados de saúde através do SNS, apesar das iniquidades ainda existentes. Além disso, o SNS vem se destacando, ao longo dos últimos 40 anos, pela ampliação da cobertura no território nacional, por oferecer aos profissionais de saúde condições de desenvolvimento, que precisam ser revistas e melhoradas, e por ser um grande empregador do país (Sakellarides, 2009). No entanto, o SNS foi criado em um contexto de frágil base financeira, ausência de uma cultura de gestão específica para a saúde, limitação do acesso, serviços de prestação de cuidados fragmentados, os quais para Sakellarides (2018) têm também condicionado as dificuldades do SNS.

O SNS vem se consolidando em um quadro político de mudanças de interesses, avanços e recuos nas relações com o setor privado, flutuação do financiamento, com reflexos no seu funcionamento, ainda que o Estado desde a sua criação tenha assumido um papel mais ativo e interventor no quadro da saúde. No mais, no quadro do seu desenvolvimento tem-se avançado em ideias sobre planeamento em saúde, modelos de organização e gestão, embora o debate por vezes tenha sido mais profundo do que aquilo que de fato se conseguiu concretizar na prática. Contudo, o SNS tem apontado para um domínio mais amplo da saúde, estendendo esta para além da prestação dos cuidados e das doenças, encarando-a no quadro do comportamento do indivíduo, da qualidade dos lugares de vida e trabalho, e mais recentemente tem procurado olhar para o indivíduo como um protagonista-chave na promoção da sua saúde, realçando a importância da ampliação do debate sobre literacia e autocuidado. Assumindo no quadro do SNS um relevo importante os valores de participação, envolvimento e equidade, assentes na garantia do bem estar e de resposta às necessidades das pessoas em detrimento da geração de riqueza.

Capítulo 5 – As Reestruturações dos Serviços de Urgência e o Papel do Espaço

“A Educação, qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática.”

Paulo Freire

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir as mudanças de ordem espacial pelas quais passaram os serviços públicos de urgência (SU) na AML, procurando entender também como o espaço foi incorporado/lido no âmbito das mudanças sugeridas e propostas. Julgamos esta tarefa importante, pois, se por um lado ajudará a compreender como a geografia dos serviços de urgência se veio “desenhando” temporalmente, até chegar à situação atual; por outro, reforçará a discussão sobre o espaço e o papel que este tem ocupado na redefinição deste serviço.

5.1 Relatório sobre a reestruturação das urgências (1996)

Em 1996 foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências (CNRU) para avaliar a oferta dos serviços de urgências hospitalares, identificar os entraves à prestação de um serviço de urgência que conseguisse responder à demanda da população com qualidade e dar respostas resolutivas aos possíveis entraves à sua prestação. O trabalho resultante desta iniciativa culminou com a apresentação e divulgação do documento intitulado “Relatório sobre a Reestruturação das Urgências”, em abril de 1996 (Portugal, 2012).

O relatório está dividido em três partes. A primeira apresenta um diagnóstico da rede de urgência, reforçando os pontos mencionados. A segunda reúne aquelas que foram as recomendações da CNRU para uma reestruturação que conseguisse ultrapassar os problemas identificados. As respostas estiveram assentes em três linhas de política i) nos cuidados primários e ambulatoriais não urgentes; ii) na hierarquização da rede de urgência envolvendo os cuidados primários com serviço de urgência e as unidades hospitalares nos

três níveis de urgência – SUB, SUMC e SUP³⁵; e iii) no Sistema de Emergência Médica (SIEM). Por fim, o bloco três centrou-se nas respostas às urgências especializadas, nomeadamente as pediátricas, obstétricas e neonatais, cardiológicas e de queimados³⁶ (Portugal, 1996).

A criação do Despacho pelo Ministério da Saúde apoiou-se em pelo menos duas deficiências dos serviços de urgências para justificar a necessidade de criação de uma Comissão que assumisse o papel de dar respostas concretas aos problemas dos serviços de urgências enfrentados em Portugal quase 20 anos depois da criação do SNS, foram elas:

- O elevado número de atendimentos realizados nos serviços de urgência hospitalar e sua tendência de crescimento. Levando em conta o indicador número de atendimento/1000 habitantes por ano registrou-se um crescimento entre 1985 e 1994, passando de 611 para 987 atendimentos por cada 1000 portugueses (Portugal, 1996);
- Utilização do serviço de urgência como uma “porta de entrada” aos cuidados de saúde. Em 1994, registaram 5.259.600 atendimentos nas urgências hospitalares e destes apenas 1.052.000 foram de fato diagnosticados como urgentes (Portugal, 1996);
- Funcionamento do serviço de urgência sem articulação com serviço de emergência médica e hierarquização pouco clara, provocando um desajuste entre a oferta e a demanda, e mais precisamente, desencontros entre os diferentes níveis de gravidade e o nível adequado de serviço³⁷ (Portugal, 1996).

³⁵ A análise/diagnóstico não considerou os centros de saúde com urgência básica e hospitais com urgência básica, abrangendo apenas os hospitais centrais com urgência geral no âmbito do sistema de urgência e emergência.

³⁶ Os problemas identificados e as soluções apresentadas para cada uma dessas especialidades estão diretamente ligados à organização/funcionamento interno dos hospitais e as relações que desempenham com os outros níveis dos serviços de saúde, não havendo referência a quaisquer constrangimentos ou potencialidades advindas da dimensão espacial. Vale dizer que a realidade das urgências pediátricas muito se assemelha à das urgências gerais de adultos concentrando-se as sugestões em termos de flexibilização do tempo de funcionamento das unidades de cuidados primários, ligações diretas com os centros de saúde e esclarecimento junto à população sobre os diferentes níveis de cuidados, apenas para exemplificar os termos em que as propostas no geral assentam. Vale reiterar, que analisar e propor medidas para as “urgências especiais” não faziam parte dos objetivos da CNRU, tanto, que os apontamentos de análise e propostas referentes às urgências pediátricas e obstétricas e neonatais foram baseadas em estudos realizados anteriormente por Comissões específicas (Portugal, 1996).

³⁷ A emergência médica engloba uma “estrutura de regulação, orientação e transporte”, sendo desse modo responsável por uma orientação e encaminhamento racional dos utentes para o nível mais adequado de serviço, para além da prestação de cuidados de suporte de vida imediato, tendo um Serviço do Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), como seu principal

Três pilares sustentaram e justificaram a necessidade do trabalho da CNRU, sendo esses problemas confirmados no diagnóstico da Comissão, resultando nas recomendações da definição de uma hierarquização dos serviços de urgência por níveis e distribuição consoante os princípios ideais de tempo e cobertura populacional e criação de uma estrutura articulada em rede para encaminhamento do doente urgente, tendo como base a articulação dos hospitais com o serviço de emergência.

Contudo, as disfunções e respostas apresentadas nos serviços de urgências estavam restritas ao nível do funcionamento interno dos serviços, ligados muito mais a uma organização técnica dentro do setor das urgências e entre este e os demais, não havendo nenhuma sinalização referente a algum problema de natureza “geográfica”, ou seja, ligado às questões do acesso e/ou desigualdade de oferta. A dimensão espacial aparece à primeira vista quando seu uso é apontado como gerador de desigualdades, na medida em que se identificam em Portugal excesso de oferta e “ilhas de exclusão” em termos de serviço de urgências, sobretudo estas últimas nas regiões do Alentejo, do Centro, do Norte e do Algarve.

Outra aproximação com a dimensão espacial se deu a partir da análise da distância-tempo, conjugada com a concentração da população no espaço, na medida em que são descritos os tempos ideais entre os diferentes níveis dos serviços de urgências, chamando atenção para o interesse de um maior número de pessoas ter acesso dentro dos tempos estipulados. Estas duas componentes foram reforçadas por Correia de Campos e Paulo Telles quando interrogados sobre os fatores-chave dos processos de reestruturação das urgências em Portugal.

Deste modo, nas recomendações da CNRU foi definido para os níveis SUMC e SUP:

- SUMC - primeiro nível de acolhimento das situações de urgências/emergência, que deve funcionar em hospitais gerais, distar até 1h entre o paciente e o hospital e estar ligado ao SUP e a um hospital com urgência básica;

interveniente. Contudo, apesar do CNRU considerar o Estatuto do INEM, de 1981, um marco histórico no domínio emergência em Portugal, o qual reúne os princípios doutrinários da emergência médica, o SIEM foi apontado, em 1994, como um sistema marcado por seu funcionamento desarticulado, uma vez que seus diferentes intervenientes – Polícia de Segurança Pública, Proteção Civil de Emergência, Bombeiros, Ministério da Saúde com o INEM, etc. – não aceitavam medidas de avaliação, acompanhamento e correção dos seus serviços por parte de uma supervisão técnica-normativa da saúde desempenhada pelo INEM, isto sobretudo pelo fato dos diferentes intervenientes pertencerem a diferentes Ministérios que não o da saúde (Portugal, 1996).

- SUP - considerado como o mais sofisticado nível de acolhimento de urgência e o segundo nível de acolhimento de urgência/emergência. Deveriam estar em hospitais gerais centrais e o trajeto entre um SUP e um SUMC não deve exceder 1 hora.

As proposições da Comissão não incluíram sugestões de encerramento de serviço de urgência. Logo, as proposições foram de carácter funcional, restritas à indicação dos hospitais e os níveis de serviço de urgência que deveriam ter. Assim, no que respeita à AML, foram indicados:

- Cinco hospitais de nível SUMC: Hospital Doutor Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), Hospital Condes de Castro Guimarães (Hospital de Cascais), Hospital Nossa Senhora do Rosário, Hospital São Bernardo e Hospital Reynaldo dos Santos e;
- Quatro hospitais de nível SUP: Hospitais de Santa Maria, São Francisco Xavier, Hospital Garcia de Orta e Hospitais Cívicos de Lisboa³⁸. Neste último funcionava o serviço de urgência geral no Hospital São José e Curry Cabral (encerramento do serviço de urgência geral neste último em final de 2011).

Contudo, aquela que pode ser considerada uma tomada de decisão com base espacial foi a proposta de construção de uma nova unidade, o Hospital de Todos os Santos. No relatório não está indicada a nova localização deste hospital, bem como não há qualquer referência se a abertura deste implicaria a substituição de algum hospital existente, logo não havendo qualquer justificativa para esta abertura. No entanto, este hospital, mais conhecido como Hospital Oriental de Lisboa, tem previsão de abertura em 2022 substituindo sete hospitais localizados no centro consolidado de Lisboa.

Também como resultado deixado pela CNRU 1996, podemos apontar o passo dado em direção ao que podem ser considerados como os princípios precursores de uma “rede de referenciação” dos serviços de urgência e emergência, tendo efetivamente se consagrado uma Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência um pouco mais tarde, em 2001 (Portugal, 1996; 2001). Com base nos hospitais classificados com nível SUP e

³⁸ Os Hospitais Cívicos de Lisboa formavam um grupo hospitalar criado na segunda década do século XX. Foi criado pelo Decreto nº 1/137, de 27 de novembro de 1914 e extintos pelo Decreto Lei nº 27/2013, de 19 de fevereiro. O grupo Hospitais Cívicos de Lisboa era composto pelos Hospitais São José (fundado em 1775), São Lázaro (1841), Desterro (1857), D. Estefânia (1877), Arroios (1892), Santa Marta (1903), Rêgo – mais tarde Curry Cabral (1906) e Santo António dos Capuchos (1928). Os hospitais que formavam a estrutura do Hospitais Cívicos de Lisboa hoje fazem parte do Centro Hospitalar Lisboa Central (Mora, 2018).

SUMC, a Comissão apontou uma articulação dos serviços de urgência, como pode ser visto na Figura 2.

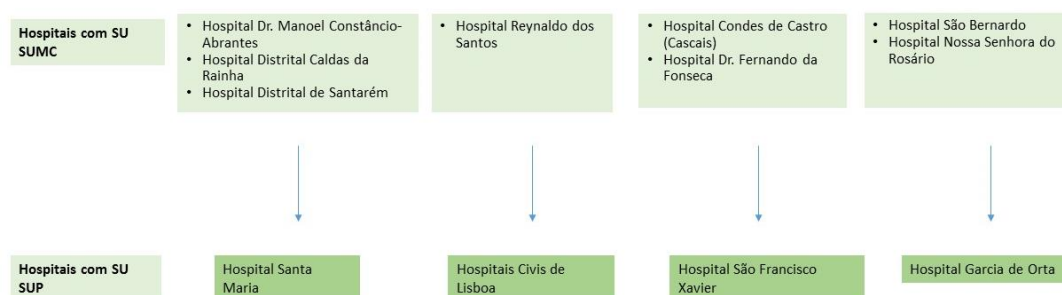


Figura 2 - Articulação dos serviços de urgência proposto pela Comissão de Reestruturação das Urgências, 1996).

Fonte: Adaptado do Relatório da Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências (Portugal, 1996).

Embora o espaço não apareça explicitamente pôde-se lê-lo através do uso do termo “realidades geográficas”, que no contexto em que foi utilizado refere-se às condições de acessibilidade, a partir da distância-tempo da população em geral ao serviço de urgência.

5.2 Rede de referência hospitalar de urgência/emergência (2001)

No seguimento do relatório da CNRU (Portugal, 1996), foi aprovado por Despacho Ministerial, de 14 de novembro de 2001, a Rede de Referência Hospitalar de Urgência e Emergência (RRHUE) (Portugal, 2012). Talvez este seja, entre os quatro documentos escolhidos, aquele que menos se enquadre no objetivo deste capítulo. Isto porque a RRHUE, como o próprio nome refere, centra-se na indicação de uma articulação entre as unidades hospitalares, neste caso, com serviço de urgência, levando em conta o nível de resposta de cada uma delas. Assim, não compete à rede de referência a discussão referente à abertura e/ou encerramentos de serviços de urgência, fatores que nos poderiam dar indicações de como o espaço é pensado neste processo. Além disso, não é apresentado nenhum resultado sobre algum estudo base para a definição da rede de referência ou diagnóstico de suporte.

Contudo, para além de ser a concretização de parte das propostas realizadas pela Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências (CNRU) de 1996, vindo responder à necessidade de articulação dos serviços de urgência em uma rede, julgamos importante perceber como as unidades hospitalares foram articuladas, se se manteve a articulação já

preconizada pela CNRU e os níveis de urgências considerados. E sendo também nosso interesse perceber a evolução da geografia dos serviços de urgência, este acaba por ser um documento importante para a compreensão dos pontos de urgência considerados naquele momento.

As Redes de Referência Hospitalares são definidas como

Sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadores de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional (Portugal, 2001).

A necessidade de organização dos serviços de urgências através de uma rede de referência atualizada resulta da reflexão sobre os problemas que acometiam aqueles serviços, já identificados pela CNRU (Portugal, 1996).

Embora este estudo seja focalizado na interligação entre os diferentes pontos de acesso à rede numa lógica de interdependência e complementaridade, o documento aqui apresentado não deixou de mencionar, ainda que sem aprofundamento, aqueles que eram os problemas centrais do setor das urgências naquela altura. O que se constatou foi que passados cinco anos do relatório apresentado pela CNRU (Portugal, 1996), os problemas continuavam a existir e a impedir o funcionamento com eficiência dos serviços de urgências em Portugal. Aquele que apareceu com maior expressão, e aqui chamamos a atenção, foi o contínuo funcionamento dos serviços de urgências como “porta de entrada” do SNS, o que consequentemente resvala para dois outros problemas e que estão diretamente ligados, (i) as respostas inadequadas aos casos verdadeiramente urgentes e (ii) a transformação do setor das urgências em um grande consumidor de recursos humanos e financeiros.

Neste seguimento, o documento elenca um conjunto de propostas que poderia contrariar o ineficiente funcionamento dos serviços de urgências. Ainda que não discorra sobre o “como” para cada um dos tópicos apontados, vale a pena conhecer a direção das propostas apontadas pelo relatório, são elas:

- organização e responsabilização dos cuidados primários;
- aumento de oferta de cuidados programados;
- incentivos ao recurso a cuidados programados e penalizações ao recurso inadequado a cuidados de urgência;

- melhoria da acessibilidade às consultas hospitalares;
- desenvolvimento dos cuidados continuados da saúde;
- alargamento dos serviços de apoio telefónico;
- reestruturação das urgências hospitalares;
- implementação de modelos de triagem de prioridades que hierarquizem o tempo e local do atendimento clínico (Portugal, 2001, p. 6-7).

Após a apresentação destas propostas, é realizada uma breve descrição do que definem como Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), mantendo a descrição realizada pela CNRU, com acréscimo apenas da apresentação daquelas que são as valências exigidas para a classificação de cada um dos dois tipos de serviços de urgências³⁹.

Nestes tópicos não há qualquer referência à dimensão espacial, com exceção da indicação da distância/tempo que deverá haver entre um serviço de urgência SUMC e um SUP, apontando que um serviço SUP não deve distar mais de 1 hora via terrestre de um serviço SUMC, estando em conformidade com o relatório do CNRU, onde ficaram definidos os princípios da RRHUE (Portugal, 1996).

A RRHUE, assim como o trabalho realizado pela CNRU, contemplou apenas os níveis Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), não estava incluída na RRHUE a urgência de nível básico, uma vez que este nível de serviço de urgência não está incluído na rede de Emergência Médica. Contudo, há a menção de que os hospitais de nível SUMC, para além de estarem articulados, obrigatoriamente, com o de nível SUP e com outros de nível SUMC, também têm articulação com a Urgência Básica, em função da eventual necessidade de encaminhar utentes em virtude da incapacidade de atendimento.

³⁹ Nível SUMC – Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Diálise para situações agudas, Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC) e Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos).

Nível SUP – Devem dispor de todas as valências existentes nos hospitais nível SUMC e mais: Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear e Patologia Clínica com Toxicologia. Ainda que individualmente a unidade hospitalar não disponha de todas as valências descritas para os eu respetivo nível, deve estar articulado a uma unidade hospitalar com a valência a ser suprida.

Vale mencionar ainda que a referida rede aqui analisada é específica dos serviços de urgência e emergência geral, não incluindo na análise às urgências especializadas, as quais requerem um tipo de estudo diferenciado/específico da oferta.

Finalmente, a rede de referenciação é apresentada em dois momentos: no primeiro os tipos de serviço de urgência, SUP ou SUMC, pelas regiões de saúde do país; e no segundo, é apresentada a arquitetura da rede através da qual é possível conhecer o esquema de articulação entre as urgências SUMC e SUP, por centro de saúde e também por regiões de saúde do país, dado que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) só foram criados em 2008 através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Interessando aqui a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Lisboa e Distrito de Setúbal.

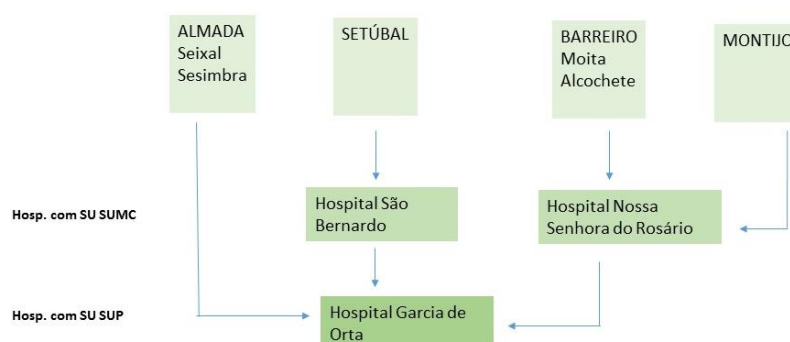
No que respeita à apresentação da Rede de Referenciação foram consideradas as articulações entre as unidades SUMC e seu SUP de referência, tendo por base os centros de saúde na AML (Figura 3).

Quando analisada a Rede de Referenciação e as articulações previstas pela CNRU (Portugal, 1996), chamamos atenção para o aparecimento do Hospital Curry Cabral na RRRHUE de 2001, levando-nos a pensar na inexistência de serviço de urgência geral nesta unidade de saúde aquando do estudo realizado pela CNRU, em 1996; e para a não sinalização da existência do serviço de urgência no Hospital Distrital do Montijo, que apesar de ser um serviço de urgência hospitalar não deveria ser considerado no nível SUP ou SUMC.

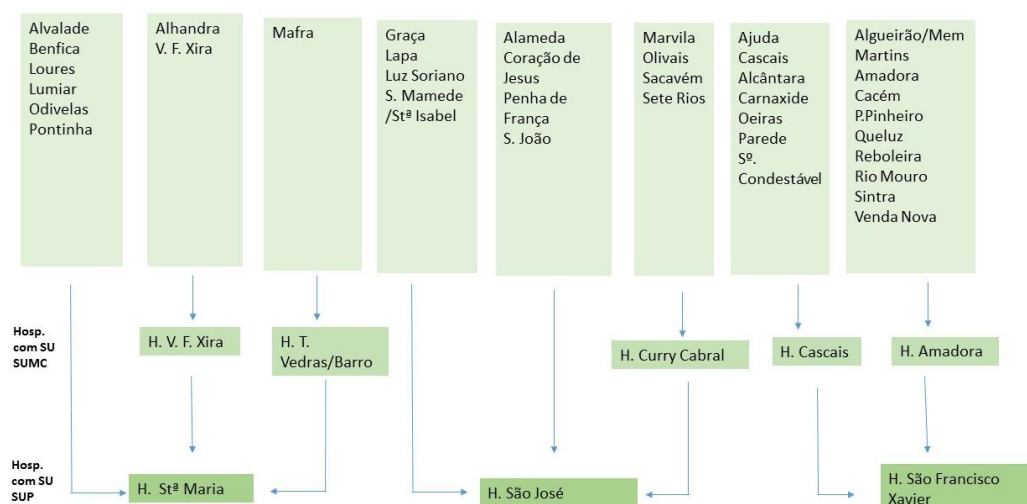
No documento oficial da Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, publicado pela Direção Geral de Saúde, a apresentação do esquema da rede de referenciação dos serviços de urgência não foi acompanhada das justificativas que estiveram na base desta organização, ainda que tenham apontado que como princípio orientador as redes “devem ser construídas numa lógica centrada nas necessidades da população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos” (Portugal, 2001, p. 5).

Ademais, no documento oficial da rede de referenciação é mencionado apenas o fator distância-tempo, como umas das variáveis definidoras da localização, reforçando o tempo “ideal” já apontado pela CNRU. Apesar da “necessidade das pessoas” ser apontada como um fator definidor de localização, a população é sempre referida a partir da sua concentração.

Distrito de Setúbal



Distrito de Lisboa



Fonte: Adaptado da Rede de Referênciação (Portugal, 2001).

Figura 3 - Rede de Referênciação Urgência/Emergência na Área Metropolitana de Lisboa, 2001

Os critérios de localização das urgências SUMC e SUP, bem como suas definições e responsabilidades foram alvo de alguns Despachos do Ministério da Saúde na primeira década dos anos 2000 - Despachos do Ministro da Saúde nº 18 459/2006, de 30 de Julho; Despacho nº 24 681/2006, de 25 de Outubro, (alterou o Despacho anterior); Despacho nº 5414/2008, de 28 de Janeiro – estando a distribuição geográfica dos serviços de urgência SUMC e SUP, nestes Despachos, baseada na relação distância-tempo entre os serviços de urgência e entre estes e o utente. Contudo, é de 2014 o último Despacho em vigor Despacho nº 10319/2014, de 25 de julho, o qual se refere não só a definição da estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), do qual fazem parte os serviços de

urgências hospitalares gerais – SUMC e SUP – abrangendo ainda os critérios de localização mais atual para estes níveis de serviço, os quais interessam analisar.

Neste sentido, na definição da estrutura do SIEM interessou-nos a explicitação daqueles que foram apontados como padrões mínimos relativos ao funcionamento daqueles serviços, dos quais interessa aqui destacar os “Níveis de responsabilidade e localização”. Contudo, vale dizer que para além dos “níveis de responsabilidade e localização” os padrões relativos a cada serviço de urgência são descritos em termos de estrutura, recursos humanos, técnicos, formação e critérios e indicadores de qualidade.

No que tange aos critérios de localização dos serviços de urgência, onde a referência ao espaço parece estar mais ligada, estes estão fortemente baseados no fator distância-tempo entre os serviços de urgências, de iguais e diferentes níveis, e entre a população e um serviço de urgência, não se afastando das dimensões já apontadas pelos Despachos que o antecede.

Dito isto, no que respeita à localização dos serviços de urgência, são o tempo e o contingente populacional os grandes definidores da geografia daqueles serviços, sendo definida a localização de uma urgência SUMC com base no “deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC ou SUP, sem prejuízo da existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior, nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes” (Despacho nº 10319/2014, de 25 de julho. Artigo 4º), enquanto o SUP deve existir para cada 750.000 a 1.000.000 de pessoas. Foi ainda definido que as urgências SUMC ou SUP devem ser acedidas no máximo em 60 minutos de qualquer ponto do território nacional, exceto nos recortes geográficos nos quais a densidade demográfica não justifique a presença de um SUMC ou SUP, mas apenas serviços de urgência básico e serviço pré-hospitalar.

Como se vê, o fator distância-tempo é uma componente fundamental para o uso do espaço pelos serviços de saúde garantidor de equidade. Contudo, num quadro de recursos limitados no qual não se consegue garantir baixo tempo de viagem a toda a população, considerar a dimensão distância-tempo associada apenas à população geral, sem qualquer “estratificação”, poderá conduzir ao reforço de espaços de injustiças, na medida em que os territórios/pessoas têm necessidades diferenciadas. Deixamos claro que não há uma rejeição a esta forma de “tratamento” espacial, posto que o fator proximidade/distância é muito caro aos estudos no campo da saúde, tendo em vista que garantir o acesso

geográfico é o primeiro e fundamental passo, para o uso real/prático de um serviço. No entanto, ao passo que reconhecemos a importância da dimensão física do espaço, como no geral trabalhada pelos documentos/Despacho até aqui apresentados, reforçamos também a sua dimensão social, seus sistemas de ações, que por sua vez, interferem no acesso geográfico e no acesso real ao serviço de saúde, nomeadamente, os serviços de urgência.

Embora o documento analisado tenha um carácter “enxuto” não aprofundando ou justificando as razões para as tomadas de decisão apresentadas, não deixou de ser relevante para análise por permitir o acompanhamento da evolução da rede de urgência e servir como ponto de comparação a rede futura, contribuindo para o entendimento no que respeita a ganho ou perda de serviço de urgência referenciado, embora o seu conteúdo seja ausente de uma problematização espacial prevalecendo um olhar “geométrico” sobre um espaço geográfico definido pelas distâncias.

5.3 Proposta da rede de urgência. Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências – 2007

O terceiro documento considerado para análise chama-se “Proposta da Rede de Urgência. Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências (CTAPRU)”, cujo foco esteve centrado na definição dos pontos de rede de urgências para apoiar a Rede de Referência, de modo a alcançar a “melhoria da *qualidade* da assistência urgente e emergente, da *acessibilidade* a estes cuidados, da *equidade* no acesso e da promoção da *racionalização de recurso*” (Portugal, 2007a, pag. 3, grifo nosso).

Como se nota, passados seis anos da publicação da Rede de Referência (Portugal, 2001), o reconhecimento dos pontos da rede e sua respectiva referência parecem continuar a ser uma preocupação prioritária do Ministério da Saúde. Ademais, vale destacar que o “[...] desenvolvimento da emergência pré e inter-hospitalar e a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários” também foram apontados como pertencentes às prioridades do Ministério da Saúde para o alcance de uma rede de urgência que consiga conciliar eficiência e equidade.

Contudo, ainda que estes dois elos da saúde tenham sido apresentados como prioritários, o documento aqui analisado tem uma estrutura tão somente centrada naqueles que são os fatores ligados à Rede de urgência/emergência. Neste seguimento, são apresentados pela

CTAPRU nove critérios de avaliação para a definição dos pontos da rede de serviço de urgência, os quais, por sua vez, foram agrupados por nós em quatro grupos, apenas para simplificar a leitura (Quadro 5).

Quadro 5 - Estrutura do relatório da Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências

Tópicos	CrITÉrios a consignar
A - Tipos de serviços de urgências	1 - Três níveis de Serviço de Urgência (SU): Serviço de Urgência Polivalente (SUP) , Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Básico (SUB)
B – Tempo/Espaço/ Distância	2 – Pré-Hospitalar: Tempo de resposta do socorro ao local (entre o acionamento do meio de socorro e a chegada ao local da ocorrência) Metas: 90% das respostas em 15 minutos (áreas urbanas); 90% das respostas em 30 minutos (áreas rurais); Com a evolução do sistema de socorro se aproximar dos tempos de resposta padronizados a nível internacional > 75 a 90% das respostas dentro de 8 minutos; Uma ambulância de emergência por cada 40mil/hab. Equipa de socorro com capacidade de medidas de suporte avançado de vida por cada 200mil/hab.
	3 – Tempo de trajecto ao Serviço de Urgência (entre o local da ocorrência e o ponto da Rede de Urgência mais próximo) 30 minutos a um ponto da rede de urgência; 45 minutos (max.) até um SUMC ou SUP para mais do que 90% da população residente em Portugal continental; SUB em Centro de Saúde se a população for superior a 40mil/hab na área de influência ou se o tempo de acesso a um SU ultrapasse 60min; Possibilidade de mais do que um SUMC num raio de 60 min de tempo de acesso, se a população for superior a 200mil/hab.
	4 – Pontos de rede por capitação (critérios a ser equacionado em conjunto com outros fatores, como o raio de distância – tempo de acessibilidade até pontos da Rede)
C - Elementos variáveis	5 – Mobilidade sazonal da população (por motivo de trabalho ou turismo)
	6 – Risco de trauma (por motivo de acidente de viação ou de trabalho)
	7 – Risco industrial (valorizando áreas geográfica de risco acrescido)
	8 – Atividade previsível no Serviço de Urgência (pressupondo um mínimo de capacidade instalada e análise de registos e casuística de atividade)
D - Funcionamento	9 – Horário de funcionamento dos pontos de rede

Fonte: Adaptado da Proposta da Rede de Urgências (Portugal, 2007a).

Estando a “lente espacial” conduzindo a leitura deste documento, foi a partir dos tópicos A e B que procuramos “pistas” sobre a forma como o espaço foi pensado no âmbito da proposta desta nova rede.

O tópico A foi aqui mencionado pela simples razão de trazer a definição daqueles que são os serviços de urgências considerados como ponto de rede. Os serviços de urgências médico-cirúrgico (SUMC) e os polivalentes (SUP) não sofreram quaisquer mudanças estruturais relativas às suas respectivas definições e responsabilidades, logo não sendo necessário descrevê-los. Neste domínio dos níveis de serviços de urgências, cabe destacar, que é a primeira vez que os pontos de rede dos serviços de urgências englobam o Serviço de Urgência Básico (SUB), sendo apresentada a partir desta proposta de reestruturação uma rede de urgência composta por três níveis de serviço de urgência – SUP, SUMC e SUB⁴⁰ seguindo o definido pelo Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho.

Os SUB são o nível de acolhimento mais básico, que pode estar sediado numa área de influência com uma população superior a 40.000 habitantes, de modo, que pelo menos uma parte desta população esteja a mais de 1h de acesso de uma unidade hospitalar nos níveis SUP e SUMC. Os SUB’s tiveram o intuito de oferecer um serviço de urgência com maior proximidade à população, garantindo a estabilização e encaminhamentos para os outros níveis mais especializados quando necessário (Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho).

Segundo foi explicado por Paulo Telles (2019)⁴¹, a urgência básica adveio do aproveitamento do encerramento de um conjunto de infraestruturas que apesar de terem o nome urgência eram pontos de tratamento de doenças agudas e sofriam pela ausência de médicos e meios de diagnósticos e terapêutica, nomeadamente, Serviço de Atendimento Permanente (SAP), Serviço de Atendimento a Situações de Urgência (SASU) e Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes (CATU). Deste modo,

⁴⁰ Vale sublinhar que o Decreto-Lei nº 157/1999, de 10 de maio, com o estabelecimento do regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde definiu que estes poderiam contar com uma unidade funcional chamada Unidades Básicas de Urgências (UBU). No capítulo II, artigo 10, alínea 4 foi prevista a articulação destas unidades com a rede nacional de urgência e emergência e com as demais unidades funcionais do centro de saúde, de modo a garantir o acesso a serviço de urgência a população não coberta pela referida rede. Contudo, estas unidades funcionais não estavam integradas de modo articulada a rede de urgência. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/331179/details/maximized>. Acesso: 17/05/2016.

⁴¹ Entrevista concedida dia 01 de julho de 2019.

segundo Telles a CTAPRU ao definir a nova rede de urgência incorporou alguns desses pontos a rede como SUB, sendo a partir de então a rede composta por três níveis. Deste modo, a centralidade do espaço tão presente na definição dos pontos de rede, vai se conjugando com o uso do espaço a partir do seu atributo proximidade, aproveitando-se, sobretudo do fato dos SUB's serem estruturas de menor porte facilitando a sua localização em áreas residenciais mais consolidadas do ponto de vista urbano.

No que respeita ao tópico B “Tempo/Espaço/Distância”, este foi aquele onde a dimensão espacial apareceu de forma mais explícita, reiterando a leitura de espaço presente nos outros documentos analisados até aqui. A definição da distribuição espacial dos serviços de urgências, foi baseada nos diferentes tempos de viagem para aceder a um ponto da rede, no contingente populacional abrangido por cada um dos níveis de serviço e número mínimo de atendimento.

A leitura do espaço através do seu atributo distância-tempo presente no documento apresentado pela CTAPRU foi condizente com o descrito no Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho. Este Despacho foi aprovado em simultâneo ao trabalho realizado pela CTAPRU, podendo ter sido seu conteúdo suportado pelo trabalho realizado pela CTAPRU. Este Despacho é relevante pelo fato de ter definido as características da rede de serviço de urgência e os níveis de resposta que a integram, sendo fundamental em um quadro Nacional de desajustamento entre a rede aprovada em 2001 (Rede de Referenciação) e aquela realmente em funcionamento no terreno.

No que se refere efetivamente ao relatório final apresentado pela CTAPRU, destacamos as principais mudanças sugeridas por esta Comissão e seus dois pontos de “desencontros” com o Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho. O primeiro foi a redução do tempo de viagem ao primeiro ponto da população com o serviço de urgência. O Despacho citado previa o tempo de 60 minutos e a CTAPRU urgência apontou 30 minutos; e o segundo a definição de 45 minutos de tempo máximo para se aceder a um serviço SUMC ou SUP, em vez de 60 minutos. Contudo, apesar da indicação desta redução no tempo de viagem em função da rede que seria proposta pela Comissão esta deixou claro, que esses tempos de acesso não conseguiriam ser cumpridos para todo o território Nacional (Portugal, 2007a).

Segundo Paulo Telles, os territórios nos quais esse tempo não conseguiriam ser cumpridos, foram pensadas articulações com os serviços móveis de emergência, através da disponibilização de ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV).

“Partindo do princípio que nenhum português é menos português que o outro, nas zonas com maior dificuldade de acesso à urgência, o que nós fizemos foi colocar, à disponibilidade da população, o apoio de SIV, que é uma ambulância que tem um enfermeiro com um nível de treino muito superior à maior parte dos enfermeiros em emergência médica, colocámos essas ambulâncias, estrategicamente, ao longo do território, de maneira que os sítios com mais dificuldade de acesso tivessem uma maior rapidez de socorro.” (Entrevista concedida dia 01 de julho de 2019).

Ainda assim, cerca de 10% da população portuguesa não era contemplada com o acesso a um serviço de urgência dentro do tempo considerado ideal pela proposta apresentada, segundo o relatório da CTAPR (Portugal, 2007a).

A definição da rede de urgência seguindo esses critérios resultou em uma rede de urgência espacialmente mais ampla quando comparada com a rede definida em 2001, tendo todas as regiões de saúde ganho no quesito oferta. Contudo, é preciso aqui relativizar quando a palavra “ganho” é utilizada, uma vez que o ganho se deu sobretudo pela inclusão do nível SUB como ponto da rede de urgência, e que por sua vez não foi contemplado na rede de 2001, mas isto não significa que os serviços de urgências não existiam concretamente. Por outro lado, não podemos dizer que houve apenas um ganho formal em função deste acréscimo, posto que o reconhecimento formal de novos pontos de rede implica mais opções em termos de referenciação o que consequentemente se reflete em ganho de oferta.

Face à Rede de Referenciação de 2001, a AML passaria a contar com a sugestão proposta pela CTAPRU de mais um ponto de serviço de urgência, passando para 11 unidades (4 SUP, 5 SUMC e 2 SUB), processando as mudanças nos níveis, SUMC e SUB. No nível SUMC a sugestão foi de encerramento do serviço de urgência do Hospital Curry Cabral e no nível SUB da entrada na rede do SUB Sintra⁴² (Algueirão-Mem Martins) e SUB Loures (Centro de Saúde de Loures)⁴³.

⁴² O SUB Sintra abriu as portas em agosto de 2009 em Mem-Martins, com funcionamento 24h por dia, com o intuito de desafogar as urgências do Hospital Fernando da Fonseca, estando em funcionamento até o momento (janeiro 2020).

⁴³ Serviço de Urgência encerrado em fevereiro de 2012, com indicação de que a Urgência recetora passou a ser a urgência de nível SUMC Hospital Beatriz Ângelo.

A indicação era que a urgência do Hospital Curry Cabral fosse mantida até abertura do Hospital Beatriz Ângelo em 2012, ainda que os utentes abrangidos pelo Hospital Curry Cabral passassem, em grande medida, a ser referenciados para o Hospital de São José, alterando o ponto de recepção da urgência SUMC, exercido pelo Curry Cabral, para as áreas de Marvila, Olivais, Sacavém e Sete Rios.

A justificativa de encerramento do serviço de urgência do Curry Cabral foi, segundo Paulo Telles, em função da redundância daquele serviço dada a pouca diversidade de valências naquela urgência e a proximidade com os hospitais de Santa Maria e São José, não implicando perdas estruturais em acesso geográfico às urgências, sobretudo com a abertura em simultâneo com o Hospital Beatriz Ângelo, que a Comissão já se referia na proposta, mas ainda não estava como ponto da rede. Esta informação sobre o acesso foi confirmada por nós após a análise de tempo de viagem antes e depois do encerramento da urgência no Curry Cabral.

Ainda em termos de encerramento, outra proposta da CTAPRU com impacto em termos de oferta de serviço de urgência na AML foi a indicação de encerramento do serviço de urgência do Hospital do Montijo, não sendo essa unidade de saúde reconhecida pela Reestruturação de 1996 nem pela Rede de Referência Hospitalar de Urgências/Emergência de 2001, dado o seu nível de urgência básica. Deste modo, o Hospital do Montijo aparece na lista da CTAPRU das urgências hospitalares em funcionamento, mas com indicação para encerramento, o que não aconteceu (Portugal, 2007a).

Um pouco mais tarde, em 2009, através do Decreto-Lei nº 208/2009, de 6 de outubro, o Hospital do Montijo, conjuntamente, com o Hospital Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro, formou o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM), sendo mantido neste Centro Hospitalar os serviços de urgência gerais nas duas unidades hospitalares. Deste modo, apesar da indicação de encerramento pela CTAPRU, a urgência básica do Hospital do Montijo mantém-se até o presente (janeiro 2020), apesar da posterior sugestão de encerramento também pela reestruturação de 2011, como veremos mais à frente. Sakellarides (2018), quando perguntado sobre as razões fundamentais para os encerramentos e as aberturas, chama atenção para a boa dose de irracionalidade deste processo, às vezes mais ligado à natureza da relação entre sujeitos políticos.

Assim, a rede de urgência para a AML proposta pela CTAPRU pode ser vista na Figura 4.

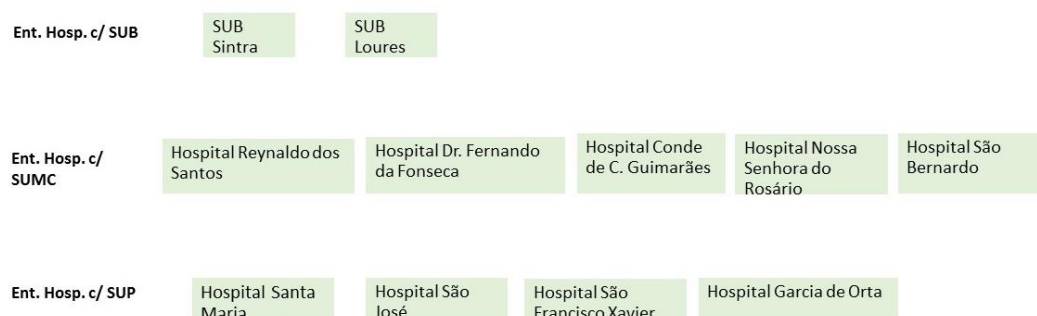


Figura 4 - Pontos de serviço de urgência proposta pela CTAPRU.

Fonte: Adaptado do Relatório Final da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (Portugal, 2007a).

Contudo, como já mencionamos, as sugestões de mudanças na rede de urgência foram de âmbito Nacional. Em Portugal continental foram reconhecidas pela CTAPRU 32 unidades de saúde com serviço de urgência a mais do que a Rede de Referenciação de Serviço de Urgência e Emergência, de 2001. Destas, 15 foram indicadas para encerramento, abrangendo a Região Norte, Centro e a AML (Urgência do Curry Cabral e do Hospital Montijo), conjugado também com aberturas de novos pontos por todas as Regiões.

A sugestão de profunda reestruturação nas urgências com grande visibilidade espacial, dado às sugestões de encerramento, gerou manifestações coletivas da sociedade civil e de partidos políticos⁴⁴, levando a CTAPRU a publicar, aproximadamente, um mês depois da apresentação do relatório final, um documento intitulado “Proposta de Requalificação das

⁴⁴ PCP (online). “Projecto de Resolução nº 184/X - Encerramento de serviços de urgência”. Disponível em: <http://www.pcp.pt/projecto-de-resolucao-no-184x-encerramento-de-servicos-de-urgencia> Acesso: 23/03/2016.

Público (online). “Montijo prepara buzinao contra encerramento das Urgências”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2007/02/09/jornal/montijo-prepara-buzinao-contra-encerramento-das-urgencias-120623> Acesso: 23/02/2016

Esquerda (online). “Urgências: protestos populares travam governo”. Disponível em: <https://www.esquerda.net/content/urg%C3%A2ncias-protestos-populares-travam-governo> Acesso: 23/03/2016

Tvi24 (online). “Peniche: 5 mil assinaturas contra fecho da urgência”. Disponível em: <https://tvi24.iol.pt/sociedade/saude/peniche-5-mil-assinaturas-contra-fecho-da-urgencia> Acesso: 23/03/2016

Urgências - Esclarecimentos adicionais”, no qual a CTAPRU justifica a tomada de decisão referente às aberturas e encerramentos propostos, e mantém a proposta que havia sido apresentada, não alterando qualquer ponto de encerramento e abertura sugerido. As justificativas não foram de base técnica, pelo que nenhum dos critérios utilizados para a escolha dos pontos de urgência foram mencionados (Portugal, 2007b).

Apenas um ano depois da publicação do relatório da CTAPRU (Portugal, 2007a) foi aprovado com ele o Despacho nº 5414/2008, de 28 de fevereiro o qual, dentre outras atribuições, definiu e classificou os serviços de urgências que configuravam os pontos da Rede de Referência (Figura 5).

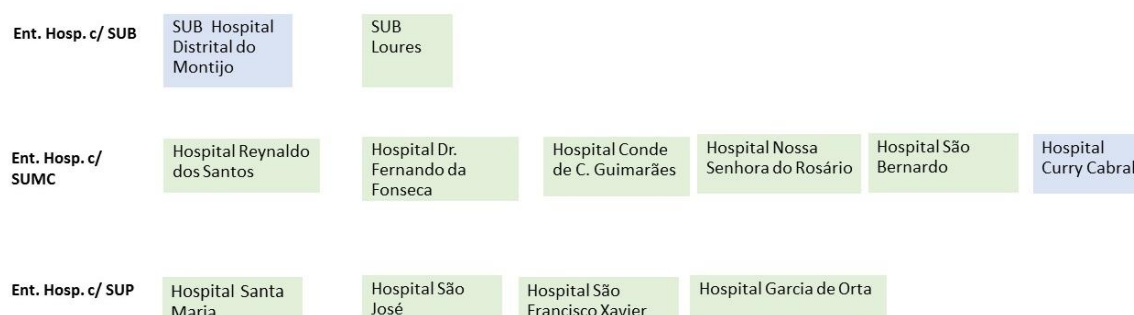


Figura 5 - Rede de serviço de urgência proposto pelo Despacho nº 5414/2008, de 28 de fevereiro.

Fonte: Adaptado do Despacho nº 5414/2008, de 28 de fevereiro. Nota: o serviço de urgência do Hospital do Montijo e Curry Cabral tinham indicações do CTAPRU para encerramento, mas foram mantidos pelo Despacho mencionado.

Como podemos observar, o Despacho em questão não reconheceu o SUB Sintra, manteve o serviço de urgência do Curry Cabral como ponto da rede e do Hospital Distrital do Montijo como SUB, não avançando para o seu encerramento como havia previsto a CTAPRU (Portugal, 2007a).

Por fim, remata-se que a definição dos pontos de serviço de urgência que compunham uma rede “ideal” para a CTAPRU, de modo a conjugar qualidade, acessibilidade, equidade e racionalização de recursos, objetivos apontados pela própria Comissão, esteve fortemente assente na garantia de tempo de acesso da população ao serviço de urgência e a cobertura populacional destes serviços, reforçando o planeamento de base populacional.

5.4 Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012)

Em 2011, quatro anos mais tarde do trabalho realizado pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU), foi criado através do Despacho nº 13377/2011, de 23 de setembro, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) (Portugal, 2012). O objetivo central desta Comissão foi analisar a geografia dos serviços de urgência em Portugal Continental e propor uma rede de urgência mais equitativa e articulada para doentes em estado de emergência e urgência.

Deste modo, a reavaliação da rede de serviço de urgência esteve centrada, sobretudo, na organização espacial das unidades de saúde com serviço de urgência, tendo em conta os diferentes níveis de serviços, e também os serviços de emergência pré-hospitalar. A necessidade de uma revisão e proposição sobre a geografia da rede já estava prevista pelo Despacho 5414/2008, de 28 de janeiro, que definiu, após o trabalho da CTAPRU, a rede de serviço de urgência e os respectivos pontos de referência. Deste modo, estiveram em “cima da mesa” questões relacionadas com o encerramento, a deslocalização e a adequação dos níveis dos serviços de urgências em Portugal, a serem realizados e em andamento, além da articulação com o serviço de emergência pré-hospitalar.

Contudo, apesar do foco ser o serviço de urgência no relatório apresentado pela CRRNEU (Portugal, 2012) ficou evidenciado que as estratégias para resolução de problemas que acometem aquele setor, dentre eles, a procura por serviço de urgência para casos não urgentes e emergentes, deveriam ser pensadas em conjunto com outros elos da saúde, entre os quais, os cuidados de saúde primários. Essa necessidade de pensar os elos da saúde em conjunto e de forma articulada têm sido uma componente inerente aos processos de reestruturação da rede de urgência e emergência em Portugal, e tem sido evidenciada desde o primeiro relatório oficial sobre a reestruturação dos serviços de urgências.

O relatório da CRRNEU é composto por dez capítulos, os quais agrupamos em cinco partes. (Quadro 6).

Quadro 6 – Estrutura do Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

Parte I – Estrutura geral do relatório e do serviço de urgência	Capítulo 1 – Objetivos, Metodologias e Princípios Gerais Capítulo 2 – Organização, Gestão e Estrutura
Parte II – Avaliação e proposta da rede de urgência	Capítulo 3 – Rede Nacional de Serviços de Urgência – Níveis de Responsabilidade e Pontos da Rede Capítulo 4 – Rede de Referência – Conceitos e Propostas
Parte III – Urgência/emergência especializada	Capítulo 5 – Rede de Urgência / Emergência em Pediatria
Parte IV – Emergência pré-hospitalar	Capítulo 6 – Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica (RNVM) Capítulo 7 – Sistema de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) em Portugal Continental
Parte V – Recomendações/avaliação	Capítulo 8 – Recomendações sobre Competências e Formação em Urgência/Emergência Capítulo 9 – Requisitos para a Informatização Clínica dos Serviços de Urgência Capítulo 10 – Qualidade e Indicadores de Qualidade em Urgência/Emergência

Fonte: Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Portugal, 2012).

A Parte II agrega os dois capítulos específicos sobre a avaliação e proposta da geografia da rede de serviço de urgência, recaindo sobre esses dois capítulos a nossa principal análise. A parte I está focalizada na organização, gestão e estrutura dos serviços de urgência; a parte III é dedicada à rede de uma urgência especializada; a IV apresenta a rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica, caracterizando as competências de cada uma delas em termos de pessoal e equipamentos; e a parte V traz um conjunto de recomendações nas diferentes dimensões apontadas.

Na análise da Parte II verificamos que a rede de serviço de urgência mantém-se com os três níveis SUB, SUMC e SUP. São definidos pela comissão aquelas que são as características gerais de cada nível de urgência, bem como os critérios de localização.

SUP – deve haver um SUP para cada 750.000 - 1.000.000 habitantes, sendo apontado o número de 10 a 13 SUP em Portugal Continental;

SUMC - deve haver 2 a 3 SUMC por cada SUP;

SUB - deve existir onde o tempo a um serviço de urgência, SUMC ou SUP, seja superior a 60 minutos. Definindo o tempo de até 60 minutos como aquele no qual toda a população em Portugal Continental deve aceder a um primeiro ponto de serviço de urgência⁴⁵.

A Comissão deixa claro que esses valores de referência podem ser alterados, em função da densidade demográfica e das distâncias a percorrer, sendo o tempo de viagem associado à abrangência populacional o fator “definidor” da rede de serviço de urgência. Assim, a CRRNEU “desenhou” a rede de serviço de urgência para a AML. (Quadro 7).

Quadro 7 - Proposta dos pontos da rede de serviço de urgência pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência para a Área Metropolitana de Lisboa

Serviço de Urgência	Nível Despacho 5414/2008	Nível Real	Nível Proposto
Garcia de Orta	SUP	SUMC	SUMC
Nossa Senhora do Rosário	SUMC	SUMC	SUMC
São Bernardo	SUMC	SUMC	SUMC
Prof. Doutor Fernando da Fonseca	SUMC	SUMC	SUMC
Hospital de Cascais	SUMC	SUMC	SUMC
Hospital de Vila Franca de Xira	SUMC	SUMC	SUMC
Beatriz Ângelo	SUB	SUB	SUMC
Santa Maria	SUP	SUP	SUP
São José	SUP	SUP	SUP
São F. Xavier	SUP	SUP	SUP
Hospital do Montijo	SUB	SUB	Não constituir um ponto de SU
Curry Cabral	SUMC	Não é SU	Não constituir um ponto de SU

Fonte: Adaptado do Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Portugal, 2012).

⁴⁵ Houve um aumento quando comparamos com aquele indicado pela CTAPRU, em 2007, de 30 minutos a um ponto da rede de urgência e de 45 minutos máximo até um SUMC ou SUP, para mais de 90% da população residente em Portugal continental. Havendo, assim, um “retrocesso” ao tempo de viagem indicado no Despacho 18459/2006, de 30 de julho, de 60 minutos o contato com o primeiro ponto.

As mudanças são percebidas quando comparamos esta rede proposta com a rede até então vigente “desenhada” pelo Despacho 5414/2008. As mudanças foram essencialmente: (i) nos níveis de urgência dos Hospitais Garcia de Orta e Beatriz Ângelo, em Almada e Loures, respectivamente; (ii) não constituição do serviço de urgência do Hospital Curry Cabral e Hospital do Montijo na rede de urgência, como já tinha previsto a CTAPRU (2007); e (iii) o não pertencimento do SUB Sintra na rede de urgência. Sobre as propostas referentes à mudança de nível do Garcia de Orta, referimos que atualmente o serviço prestado para urgência geral é classificado como SUP (SNS-PCS, 2019), como já havia sido indicado pelo Despacho 5414/2008. Já em relação a Loures, houve uma mudança de nível de urgência naquele concelho, tendo em vista que o SUB Loures proposto pela CTAPRU em 2007, foi “substituído”, em 2012, pelo Hospital Beatriz Ângelo com urgência geral nível SUMC (Portugal, 2012).

As mudanças propostas de carácter mais territorial disseram respeito a recomendação de não reconhecimento da urgência do Hospital Curry Cabral e Hospital do Montijo. Quanto à urgência do Curry Cabral, segundo a CRRNEU, o serviço prestado por aquele hospital não poderia ser considerado como um serviço de urgência dada a sua baixa capacidade de resposta, declarando o não cumprimento do Despacho 5414/2008, de 28 de janeiro. Contudo, o encerramento da urgência do Curry Cabral já havia sido previsto apenas após a abertura do Hospital Beatriz Ângelo em Loures, como já mencionamos.

Já o encerramento da urgência do Hospital do Montijo não avançou, estando ainda em funcionamento o serviço de urgência geral de nível SUB. Quanto ao SUB Sintra (Mem-Martins) ele não é mencionado no relatório da CRRNEU. Uma das razões pode ser o fato deste SUB já não ter sido reconhecido como ponto da rede pelo Despacho 5414/2008, de 28 de janeiro, apesar da CTAPRU em 2007 ter reconhecido. Contudo, essa razão parece pouco consolidada tendo em vista que a CRRNEU indicou a nova rede com base em visita a todos os pontos com serviço de urgência em Portugal (Portugal, 2012).

Deste modo, com base nas proposições do Relatório da CRRNEU de 2011, fizemos um quadro onde podemos comparar aquelas que foram as proposições e os pontos com serviço de urgência atual (2019). (Quadro 8).

Como podemos observar, os pontos de serviço de urgência atuais não se afastam daqueles que foram “desenhados” pela CRRNEU. Os critérios apresentados pela Comissão e que estiveram na base da definição da geografia da rede evidenciaram a sua ligação com os

fatores de ordem demográfica, centrada no quantitativo populacional da área de abrangência, e o acesso geográfico (tempo de viagem). Como também mencionámos, a CRRNEU alargou o tempo de acesso aos serviços de urgência passando de 30 minutos para até 60 minutos o tempo de acesso geográfico a um primeiro contato com um ponto de serviço de urgência. Contudo, apesar desta diferença temporal no primeiro ponto de acesso a rede de serviço de urgência apontada pela CTAPRU (Portugal, 2007a) não difere muito daquela que foi desenhada pela CRRNEU (Portugal, 2012).

Quadro 8 - Proposta dos pontos da rede de serviço de urgência pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência e pontos atuais dos serviços de urgência para a AML

Serviço de Urgência	Nível Proposto (2012)	Nível Atual (2019)
Almada	SUMC	SUP
Barreiro	SUMC	SUMC
Setúbal	SUMC	SUMC
Amadora	SUMC	SUMC
Cascais	SUMC	SUMC
Vila Franca de Xira	SUMC	SUMC
Loures	SUMC	SUMC
Lisboa Norte (Santa Maria)	SUP	SUP
Lisboa Central (São José)	SUP	SUP
Lisboa Ocidental (São F. Xavier)	SUP	SUP
Montijo	Não constituir um ponto de SU	SUB
Curry Cabral	Não constituir um ponto de SU	Encerrado
SUB Sintra	Não mencionado	SUB

Fonte: Adaptado do Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Portugal, 2012) e do Serviço Nacional de Saúde-Prestadores de Cuidados de Saúde (SNS-PCS, 2019).

Aqui concluímos que o quantitativo populacional e o tempo de viagem foram as bases que apoiaram a definição da geografia dos serviços de urgência. Contudo, chamamos atenção para o fato dos relatórios não terem feito qualquer menção à estrutura etária ou a estratificação social da população do país, daí termos dito que a população foi considerada

como um todo “homogêneo”. Isso não quer dizer que esta consideração não seja importante, afinal quanto mais pessoas abrangidas dentro de um tempo limite, mais equitativa pode ser uma rede do ponto de vista espacial. Contudo, a distribuição de um serviço preocupado com justiça espacial procurará contrariar a lógica do *inverse care law*, que implica que pessoas com mais necessidades tenham menos acesso a um conjunto de serviços, e fazer imperar a lógica do *posite care law*, a qual aponta para uma distribuição de serviços em convergência com territórios com maiores necessidades (Hart, 2004). Pois, a distribuição equitativa de um serviço não implica necessariamente que haja justiça espacial. Isto porque num quadro de uma equidade utópica, em virtude também dos recursos limitados, haverá sempre aqueles para os quais o acesso é pior, sendo tão importante quanto saber que mais de 90% da população tem acesso em 60 minutos, “conhecer” quem “são” aqueles por trás das baixas percentagens. Do lado do espaço este foi contemplado a partir da dimensão distância-tempo, favorecido pelo atributo espacial da acessibilidade.

Uma vez conhecida a evolução da rede no que respeita ao seu planeamento, no plano do discurso e nem sempre concretizado na prática, avançaremos no próximo capítulo com a apresentação e discussão da evolução espacial do serviço de urgência na AML e seus efeitos no acesso geográfico para a população.

Capítulo 6 – (Re)Estruturação Espacial e Funcional do Serviço de Urgência na Área Metropolitana de Lisboa

“A consciência da complexidade nos faz compreender que não poderemos escapar jamais da incerteza e que jamais poderemos ter um saber total: a totalidade é a não verdade.”

Edgar Morin

O serviço público de urgência é um dos elos que tem passado por algumas reestruturações nos últimos 20 anos, tanto no que diz respeito à sua forma (abertura e encerramento de unidades de saúde), quanto ao seu conteúdo, mudanças internas referentes ao nível do serviço prestado pelas unidades hospitalares.

Neste capítulo objetivamos apresentar e discutir como a geografia dos serviços de urgência na Área Metropolitana de Lisboa (AML) se tem alterado, procurando analisar os padrões espaciais das mudanças.

6.1 A geografia do serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019

O desenvolvimento da rede de serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa (AML) entre 1991-2019 tem acompanhado de perto o processo de metropolização que ocorre na região, e em particular o processo de suburbanização. A AML tem apresentado ao longo das últimas décadas um crescimento populacional contínuo, pelo menos, desde 1981. Contudo, este crescimento tem ocorrido de forma desigual, com os concelhos mais periféricos em relação a Lisboa a registarem maiores taxas de crescimento populacional quando comparados com os concelhos mais centrais, como o de Lisboa.

Ao analisarmos o desenvolvimento da geografia dos serviços de urgência na AML, a partir de 1991, verifica-se que a expansão desta rede se deu através de uma “desconcentração” espacial em direção ao primeiro anel suburbano da AML, acontecimento ao qual não é estranho o crescimento populacional verificado nestas áreas. Ademais, ao analisarmos os anos de aberturas das unidades de saúde com serviço de urgência conjugados com o crescimento populacional da AML, verificamos que estas

aberturas parecem responder “tardiamente”, e não antecipadamente, ao crescimento populacional das respetivas áreas de implantação.

No período analisado (1991-2019), as mudanças espaciais na rede de serviço de urgência deram-se exclusivamente na margem Norte do Tejo, pois, na margem Sul, a última mudança na geografia da rede ocorreu em 1991 com a abertura do Hospital Garcia de Orta, no concelho de Almada.

Em 1991, a Área Metropolitana de Lisboa (AML) contava com 9 unidades de saúde com prestação de serviço de urgência. No que respeita aos níveis, os serviços de urgência estavam organizados da seguinte forma: um Serviço de Urgência Básica-SUB (Hospital Distrital do Montijo), quatro Serviços de Urgência Médico Cirúrgico-SUMC (Hospital Reynaldo dos Santos, Hospital Condes de Castro Guimarães, Hospital Nossa Senhora do Rosário e Hospital São Bernardo)⁴⁶ e quatro Serviços de Urgência Polivalente (Hospital Santa Maria, Hospital São José, Hospital São Francisco Xavier e Hospital Garcia de Orta). Os anos de funcionamento destas unidades de saúde são anteriores à década de 1990, com exceção do Hospital Garcia de Orta, cuja abertura data de 1991 (Figura 6).

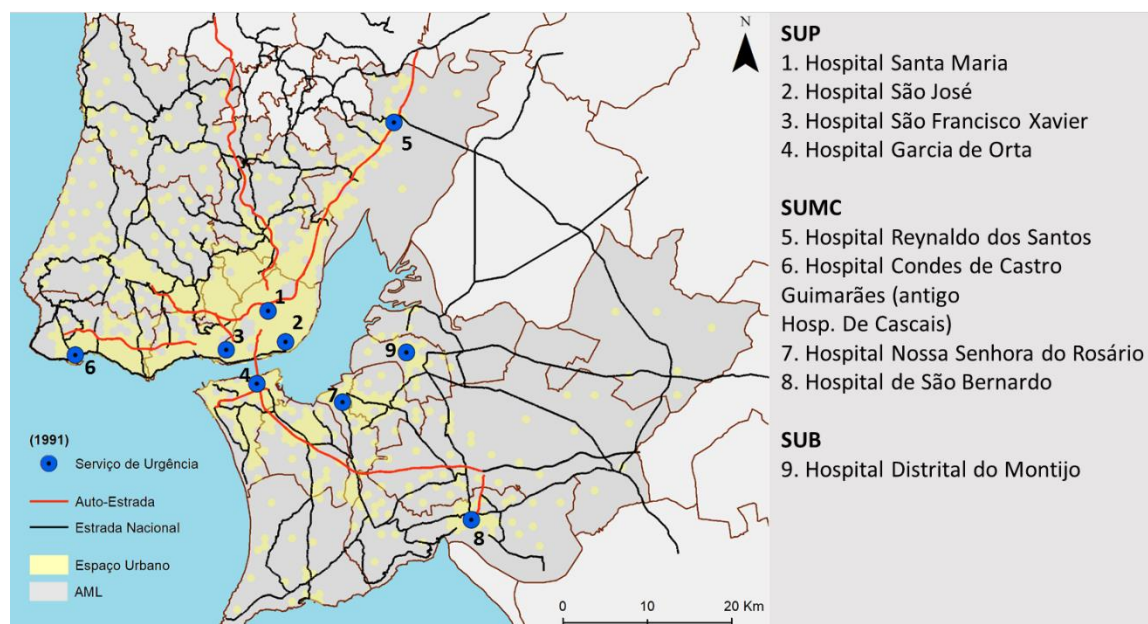


Figura 6 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991

⁴⁶ O Hospital de Torres Vedras está localizado no concelho de Torres Vedras e, por conseguinte não pertence à Área Metropolitana de Lisboa. Contudo, por ter na sua área de influência mais de metade da população de um concelho pertencente a AML, o concelho de Mafra, esta unidade de saúde foi incluída na análise de rede, como se pertencesse à AML.

A geografia dos serviços de urgência em 1991 reflete, na Margem Norte do Tejo, a centralidade da cidade de Lisboa. Nesta cidade estavam concentrados três dos quatro SUP da AML, serviço de nível mais complexo na rede de urgência. Ainda na Margem Norte, as outras duas unidades com serviço de urgência SUMC localizavam-se nos concelhos de Cascais e de Vila Franca de Xira. As unidades de saúde nestes concelhos são anteriores à década de 1990 e em 1991 já estavam ligadas ao concelho de Lisboa através das autoestradas A1 e A5, eixos de ligação de Vila Franca de Xira e Cascais, respectivamente.

Na Margem Sul chamamos a atenção para a importância de Almada com a abertura do Hospital Garcia de Orta, nível SUP, no princípio da década de 1990. O concelho de Almada em 1981 e 1991 era o que registava mais população residente na Margem Sul, representando em 1991, aproximadamente, 24% da população residente naquela área, seguido-lhe Setúbal com aproximadamente 16%. Embora entre 1981 e 1991 a taxa de variação populacional registada pelo concelho de Almada (2,7%) não tenha sido das mais altas, quando comparada com os outros concelhos que apresentaram taxas de variação positiva na margem Sul, como Moita (22%), Palmela (18%), Seixal (31%) e Sesimbra (18%), em termos populacionais aquele concelho destacava-se dos demais, ajudando a compreender a escolha de Almada para a abertura de um equipamento de saúde com serviço de urgência de nível SUP, servindo esta unidade como ponto de retenção para os casos de urgência mais complexos, que não precisariam mais dirigir-se às urgências SUP em funcionamento no concelho de Lisboa.

Entre 1991 e 2001, a geografia da rede de serviços de urgência sofreu uma expansão com a abertura de dois novos postos. Este incremento deu-se através da efetiva abertura de uma nova unidade de saúde, o Hospital Dr. Fernando da Fonseca⁴⁷, em 1995, na Amadora, e a abertura do serviço de urgência no Hospital Curry Cabral, em Lisboa. Apesar de em 2001 o Hospital Curry Cabral já ter quase um século de história, o serviço de urgência geral apenas se inicia em 1992. Os dois novos serviços de urgência incrementaram o nível SUMC (Figura 7).

⁴⁷ O Hospital Fernando da Fonseca foi o primeiro a ser gerido na lógica das Parcerias Público-Privado. Esta unidade de saúde foi gerida pelo Grupo José de Mello Saúde de 1995 a 2008. No início de janeiro de 2009 a sua gestão passou a ser feita pelo Estado.

Expresso (online). “Estado beneficiou com gestão privada do Amadora-Sintra”. Disponível em: <https://expresso.pt/economia/estado-beneficiou-com-gestao-privada-do-amadora-sintra=f468344#gs.2amrud> Acesso: 24/03/2019.

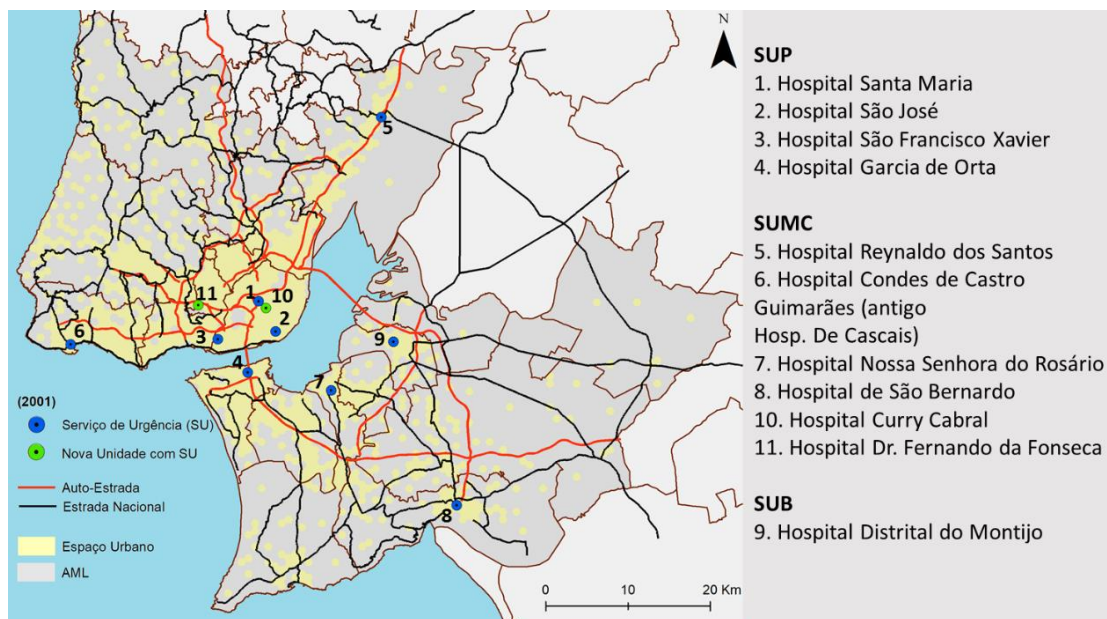


Figura 7 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2001

O Hospital Dr. Fernando da Fonseca tem como área de influência direta para a urgência geral os concelhos de Sintra e da Amadora, com exceção, no caso da Amadora, da freguesia Águas Livres, que está sob área de influência direta do Hospital Santa Maria (SNS-PCS, 2019). A análise da abertura das unidades de saúde a partir da dinâmica populacional, permite verificar que apesar do concelho da Amadora apresentar uma taxa de variação populacional negativa, aproximadamente - 3,5%, entre 1991 e 2001, este concelho e o de Sintra apresentaram as maiores taxas de crescimento populacional entre os concelhos da margem norte do Tejo, aproximadamente 11% e 15%, respectivamente, entre 1981 e 1991, década que antecede a abertura do Hospital Dr. Fernando da Fonseca.

A rede de serviço de urgência, em número de equipamentos de saúde com prestação de serviço de urgência geral, independente do nível, foi sempre crescente entre 1991 e 2011. Esta registou apenas um decréscimo entre 2011 e 2019. Em 2011, a expansão da rede de urgência em relação a 2001 deu-se através do aumento no número de SUBs. Entrou em funcionamento o Serviço de Urgência Básico (SUB) no Centro de Saúde Algueirão-Mem Martins (SUB Mem Martins), freguesia Algueirão-Mem Martins, pertencente ao concelho de Sintra, e no Centro de Saúde de Santo António dos Cavaleiros (SUB Lisboa Norte), na freguesia com o mesmo nome, no concelho de Loures. A abertura destes dois SUBs já havia sido prevista pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências em 2007. As unidades SUBs funcionam como um serviço de proximidade em

áreas onde o tempo de viagem a uma unidade SUMC ou SUP pode ser elevado e/ou em áreas onde o contingente populacional delimitado para área de influência de uma urgência hospitalar é ultrapassado.

Ademais, para além do aumento da rede de serviço de urgência a partir do funcionamento destes dois SUBs, com abertura de ambos em 2009, outra mudança que se processou na rede foi a deslocalização do antigo hospital de Cascais, o Hospital Conde de Castro Guimarães, no concelho de Cascais (Figura 8). O antigo Hospital de Cascais esteve em funcionamento até 2010 na área mais central do concelho, entre as ruas Padre Maria José Loureiro e a Dom Francisco de Avilez, abrindo as suas novas portas como Hospital de Cascais Dr. José de Almeida⁴⁸, em Fevereiro daquele ano, na freguesia de Alcabideche.

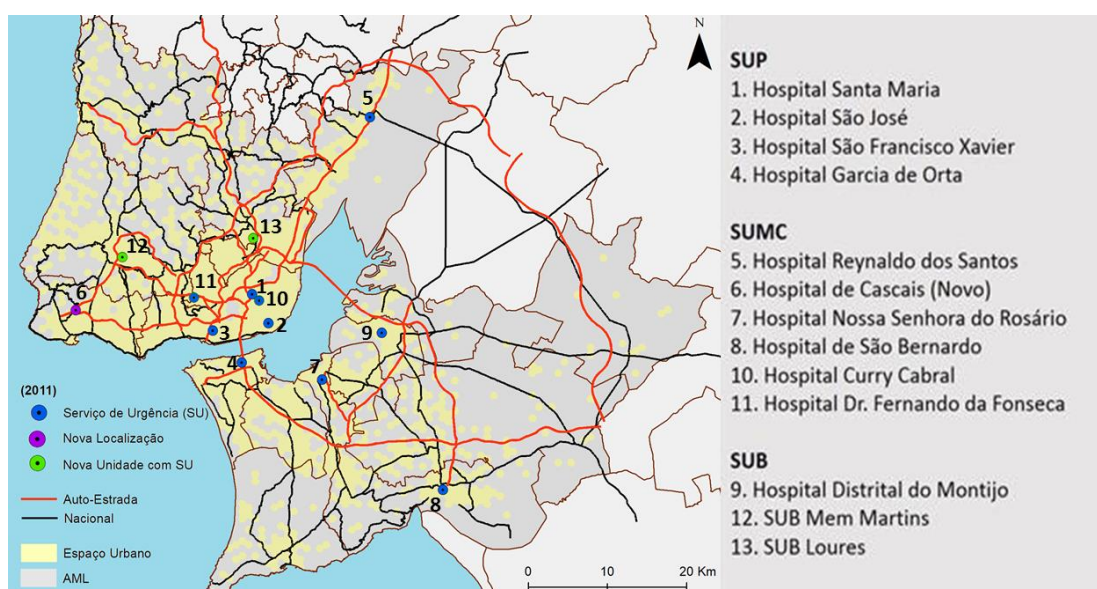


Figura 8 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2011

A mudança de endereço do Hospital de Cascais assenta na insuficiente capacidade de resposta, em termos de serviços, espaço e quadro profissional do antigo Hospital de Cascais, oferecendo o novo Hospital mais condições nestes aspectos como declarou, ao Jornal Público, João Varandas Fernandes, Director clínico do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, em Novembro de 2010, apesar do novo Hospital de Cascais já ter

⁴⁸ Hospital sob o regime de Parceria Público Privada, gerido pelo Grupo Lusíadas Saúde desde 2009. Público (online). "PPP nos hospitais arrancaram em 2001 no Governo de António Guterres". Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/01/03/sociedade/noticia/ppp-na-saude-arrancaram-em-2001-no-governo-de-antonio-guterres-1756869> Acesso: 24/03/2019.

apresentado limitada capacidade de resposta dentro da sua área de influência⁴⁹, que abrange para urgência geral todo o concelho de Cascais (SNS-PCS, 2019)⁵⁰.

No que diz respeito à abertura dos novos SUB, foram respostas do Ministério da Saúde à sobrelotação das urgências dos hospitais Dr. Fernando da Fonseca e Santa Maria. Deste modo, o SUB Mem Martins serviria como ponto de “captação” mais direta a população residente no concelho de Sintra, que em caso de urgências se dirigia ao Hospital Dr. Fernando da Fonseca, que em 2011 tinha sob a sua área de influência direta aproximadamente 20% da população da AML, pouco mais de 500 mil pessoas. A necessidade e importância da abertura do SUB Mem Martins é justificada pela Ministra Ana Jorge, no ato da sua inauguração, em 2009, devido à urgência do Hospital Dr. Fernando da Fonseca estar sobrecarregada⁵¹.

A abertura do SUB Loures, ou do SUB Lisboa Norte, como ficou mais conhecido, teve a mesma intenção que a abertura do SUB Mem Martins. Mas neste caso a tentativa foi de descongestionar o Hospital Santa Maria, abrangendo utentes dos concelhos de Loures e Odivelas, que estavam sob a área de influência do Santa Maria antes da abertura do Hospital Beatriz Ângelo, no concelho de Loures, no primeiro trimestre de 2012. O SUB Loures esteve em funcionamento até 2012, quando se deu a abertura deste último hospital.

A partir de 2011, a rede de serviço de urgência continuou a sofrer algumas modificações. Em 2012, a rede ganhou um novo ponto de nível SUMC com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo⁵². No corolário desta abertura foram encerrados os serviços de urgência SUB Loures, no concelho de Loures, e a urgência SUMC do Hospital Curry Cabral, no concelho de Lisboa, em dezembro de 2011. O encerramento da urgência SUMC do Curry Cabral já tinha sido sugerido em 2007 pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de

⁴⁹Público (online). “Cascais: hospital “mais exigente do país” abriu há oito meses e já lhe faltam camas”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2010/11/04/local/noticia/cascais-hospital-mais-exigente-do-pais-abriu-ha-oito-meses-e-ja-lhe-faltam-camas-1464322> Acesso: 23/03/2019.

⁵⁰ Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/pesquisa-prestadores/>. Acesso: 19/01/2019.

⁵¹Público (online). “Nova urgência em Mem Martins para aliviar Amadora-Sintra”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2009/08/19/jornal/nova-urgencia-em-mem-martins-para-aliviar-amadorasintra-17594834> Acesso: 23/03/2019.

⁵² Hospital gerido pela Parceria Público-Privado desde 2012. A empresa responsável pela gestão é a Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA, sendo o principal acionista o grupo Luz Saúde. A validade do contrato desta concessão é até 2020.

Público (online). “PPP nos hospitais arrancaram em 2001 no Governo de António Guterres”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/01/03/sociedade/noticia/ppp-na-saude-arrancaram-em-2001-no-governo-de-antonio-guterres-1756869> Acesso em: 24/03/2019.

Requalificação das Urgências (CTAPRU), contudo, foi mantida em funcionamento pelo Ministério da Saúde até à abertura do Hospital Beatriz Ângelo. Já o SUB Loures, que servia de entreposto à urgência do Hospital de Santa Maria, servindo a população de Loures e Odivelas, encerrou em fevereiro de 2012, e a população destes dois concelhos passou a estar sob a área de influência direta, para urgência geral, do Hospital Beatriz Ângelo.

Outra mudança na rede de urgência que se junta às acima mencionadas é a deslocalização do Hospital Reynaldo dos Santos, no concelho de Vila Franca de Xira. O antigo hospital esteve em funcionamento, pouco mais de seis décadas, na intersecção entre as ruas Dr. Luís César Rodrigues Pereira e a João de Deus, na área mais central de Vila Franca de Xira, passando o seu funcionamento para a zona mais a norte do concelho em março de 2013. (Figura 9). Para além de todo o concelho de Vila Franca de Xira, estão sob área de influência direta da urgência geral do Hospital de Vila Franca de Xira⁵³ alguns concelhos fora da AML, a saber: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e a cidade de Santarém (SNS– PCS, 2019).

A nova localização mais periférica do Hospital de Vila Franca de Xira é potenciada pelas acessibilidades viárias que servem e/ou passam em sua proximidade, como por exemplo as autoestradas A1 e A10 e a Nacional N1, permitindo o acesso menos congestionado como é comum nos principais centros das cidades.

As razões de base para a deslocalização do Hospital Reynaldos dos Santos, vão no mesmo sentido daquelas apresentadas para o Hospital Condes de Castro Guimarães, antigo Hospital de Cascais, a limitada capacidade de espaço para atender a demanda e as más condições do edifício e da acessibilidade.

⁵³ O Hospital de Vila Franca de Xira é um dos três hospitais da AML gerido sob o regime de Parceria Público-Privado. O grupo responsável pela sua gestão é José de Mello Saúde. Este grupo assinou a concessão em 2010, com validade até maio de 2021.

Público (online). “Para que serviu a PPP? Vila Franca de Xira tem “um hospital que é dos melhores do país”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/03/12/sociedade/noticia/vila-franca-xira-hospital-considerado-melhores-pais-1865147> Acesso em: 24/03/2019..

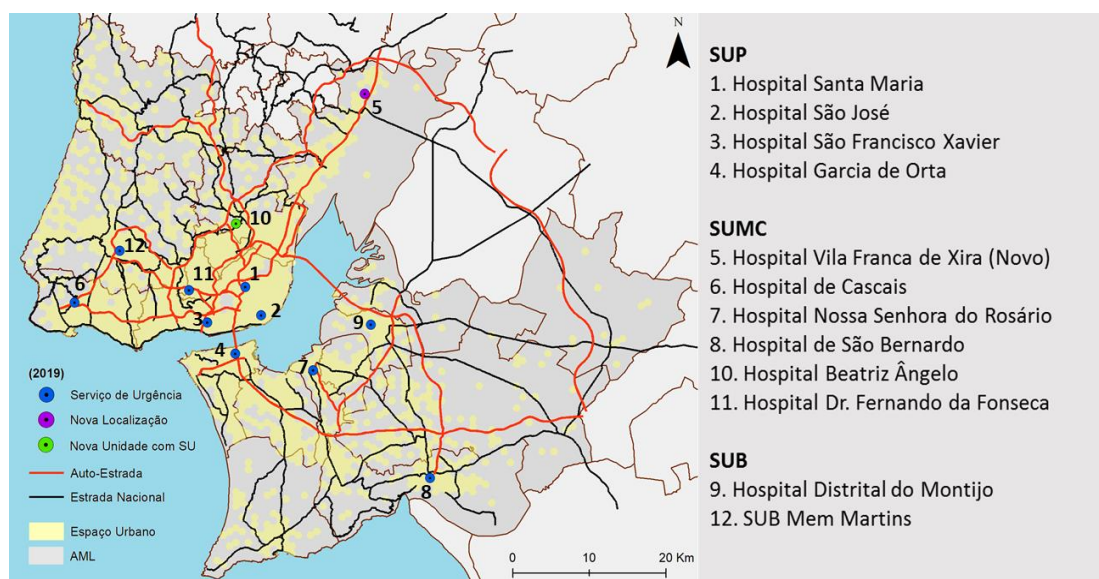


Figura 9 - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2019

Como se viu, os pontos de serviço de urgência voltados para o atendimento da população da AML foram crescentes, passando de dez em 1991 para treze em 2019, mas com a diminuição de uma unidade entre 2011 e 2019. O ano de 2011 foi o ano com o maior número de pontos de serviço de urgência na AML em todo período analisado, apresentando 14 unidades (contando com o Hospital de Torres Vedras).

O número de unidades de saúde com urgência de nível SUP não passou por nenhuma alteração desde 1991, ressaltando apenas a abertura do SUP Garcia de Orta, no concelho de Almada em 1991. Já as urgências de nível SUMC apresentaram um acréscimo depois de 1991, passando de cinco unidades neste ano para sete em 2001 (Com o Hospital de Torres Vedras), quantitativo que se manteve em todos os anos posteriores, ainda que tenhamos registado mudanças espaciais, como o encerramento da urgência geral SUMC do Curry Cabral e a abertura da urgência geral nível SUMC com o Hospital Beatriz Ângelo, entre 2011 e 2019. Já a urgência de nível SUB, que manteve uma unidade em 1991 e 2001, teve um acréscimo de duas unidades entre 2001 e 2011, passando a três SUB na rede, e o encerramento de uma delas entre 2011 e 2019. Deste modo, a atual rede de serviço de urgência na AML é composta por 13 pontos: 4 SUP, 7 SUMC e 2 SUB. (Quadro 9).

No que respeita ao espraçamento dos serviços de urgência na AML verificou-se que os concelhos que ganharam novas unidades com este serviço foram Lisboa, Amadora, Sintra e Loures, na margem norte, com acréscimo da “periferização” do serviço de urgência dos hospitais dos concelhos de Cascais e Vila Franca de Xira, e na margem Sul, ganhou o concelho de Almada.

Quadro 9 - Unidades de saúde com serviço de urgência voltados a população da Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019

Ano	Nível	Hospital	Concelho
1991	SUP	Hospital Santa Maria	Lisboa
		Hospital São José	Lisboa
		Hospital São Francisco Xavier	Lisboa
		Hospital Garcia de Orta	Almada
	SUMC	Hospital Reynaldo dos Santos	Vila Franca de Xira
		Hospital Condes de Castro Guimarães	Cascais
		Hospital Nossa Senhora do Rosário	Barreiro
		Hospital São Bernardo	Setúbal
		Hospital Distrital Torres Vedras	Torres Vedras
	SUB	Hospital Distrital do Montijo	Montijo

Ano	Nível	Hospital	Concelho
2001	SUP	Hospital Santa Maria	Lisboa
		Hospital São José	Lisboa
		Hospital São Francisco Xavier	Lisboa
		Hospital Garcia de Orta	Almada
	SUMC	Hospital Reynaldo dos Santos	Vila Franca de Xira
		Hospital Condes de Castro Guimarães	Cascais
		Hospital Nossa Senhora do Rosário	Barreiro
		Hospital de São Bernardo	Setúbal
		Hospital Distrital Torres Vedras	Torres Vedras
		Hospital Curry Cabral*	Lisboa
		Hospital Fernando da Fonseca*	Amadora
	SUB	Hospital do Montijo	Montijo

Ano	Nível	Hospital	Concelho
2011	SUP	Hospital Santa Maria	Lisboa
		Hospital São José	Lisboa
		Hospital São Francisco Xavier	Lisboa
		Hospital Garcia de Orta	Almada
	SUMC	Hospital Reynaldo dos Santos	Vila Franca de Xira
		Hospital de Cascais (Dr. José de Almeida) (Novo)**	Cascais
		Hospital Nossa Senhora do Rosário	Barreiro
		Hospital de São Bernardo	Setúbal
		Hospital Distrital Torres Vedras	Torres Vedras
		Hospital Curry Cabral	Lisboa
		Hospital Fernando da Fonseca	Amadora
	SUB	Hospital do Montijo	Montijo
		SUB Mem Martins *	Sintra
		SUB Loures*	Loures

Ano	Nível	Hospital	Concelho
2019	SUP	Hospital Santa Maria	Lisboa
		Hospital São José	Lisboa
		Hospital São Francisco Xavier	Lisboa
		Hospital Garcia de Orta	Almada
	SUMC	Hospital Vila Franca de Xira (Novo)**	Vila Franca de Xira
		Hospital de Cascais (Dr. José de Almeida)	Cascais
		Hospital Nossa Senhora do Rosário	Barreiro
		Hospital de São Bernardo	Setúbal
		Hospital Distrital Torres Vedras	Torres Vedras
		Hospital Fernando da Fonseca	Amadora
		Hospital Beatriz Ângelo*	Loures
	SUB	Hospital do Montijo	Montijo
		SUB Mem Martins	Sintra

Fonte: Elaboração própria com dados do SNS e relatórios oficiais.

* Novas unidades de saúde com serviço de urgência naquele ano.

** Novas localizações, dentro do mesmo concelho, de unidades de saúde com serviço de urgência já existentes.

Deste modo, nota-se que desde 1991 tem havido uma tendência de desconcentração espacial de unidades de saúde com serviço de urgência na AML, estando este fenómeno condizente com o processo de dispersão urbana verificada neste recorte. Esta dispersão

urbana da AML foi suportada numa primeira fase pelo desenvolvimento do caminho de ferro, posteriormente pela expansão da rede rodoviária com o aumento das linhas de autocarros e, no período mais recente, pelo crescimento da taxa de motorização⁵⁴ e o aumento do uso do automóvel no cotidiano dos cidadãos (Marques da Costa e Marques da Costa, 2009).

Segundo Barata-Salgueiro (1997; 1998; 2001; 2002) este processo de expansão da mancha urbana na AML dá-se, a partir da década de 1950 do século passado, sobretudo, através do crescimento dos subúrbios à “volta” da cidade de Lisboa, e tem sido marcado por um forte crescimento demográfico, sobretudo, até o início da década de 1980. Posteriormente, o crescimento demográfico na AML continua a processar-se, contudo com valores mais baixos e fortemente marcado pelo processo de descentralização tanto da população quanto das atividades económicas em direção às áreas mais periféricas da AML (Marques Costa, 2007; Barata-Salgueiro e Marques da Costa, 2008).

Estes processos foram simultâneos ao andamento da desindustrialização, o que resultou numa reestruturação económica da AML com a consolidação de uma economia centrada nos serviços em detrimento do setor da indústria tradicional, com serviços pessoais e de apoio às empresas e grandes superfícies comerciais dirigindo-se para fora do concelho de Lisboa, dando novos contornos à organização territorial metropolitana. Deste modo, as décadas de 1980, 1990 e 2000 foram marcadas, do ponto de vista da organização do território, por um crescimento demográfico, assente na forte descentralização populacional em prol das áreas periféricas, acompanhado pela realocização de atividades económicas (Barata-Salgueiro e Marques da Costa, 2008) e acrescentaríamos serviços de interesse social, do qual são exemplos, os serviços públicos de saúde.

Assim, a descentralização dos serviços de urgência constatada através do acompanhamento da sua oferta desde 1991 até hoje, permite-nos lê-la também como resposta às pressões/necessidades demográficas apresentadas pelos concelhos à volta de Lisboa. Ademais, como veremos, ler a abertura do serviço de urgência como resposta à pressão demográfica, no caso da AML, implica assumir que estas foram respostas “tardias” do poder público. Isto porque quando verificamos as datas de abertura das unidades de saúde com serviço de urgência na AML e as conjugamos com o crescimento demográfico dos concelhos, verificamos que estas unidades abrem portas em concelhos

⁵⁴ Número de automóveis ligeiros por mil habitantes.

que apresentaram altas taxas de crescimento demográfico na década anterior à abertura da unidade de saúde. Sendo também relevante observar a taxa de crescimento da população residente nos concelhos sob a área de influência direta das novas unidades de saúde para serviço de urgência geral.

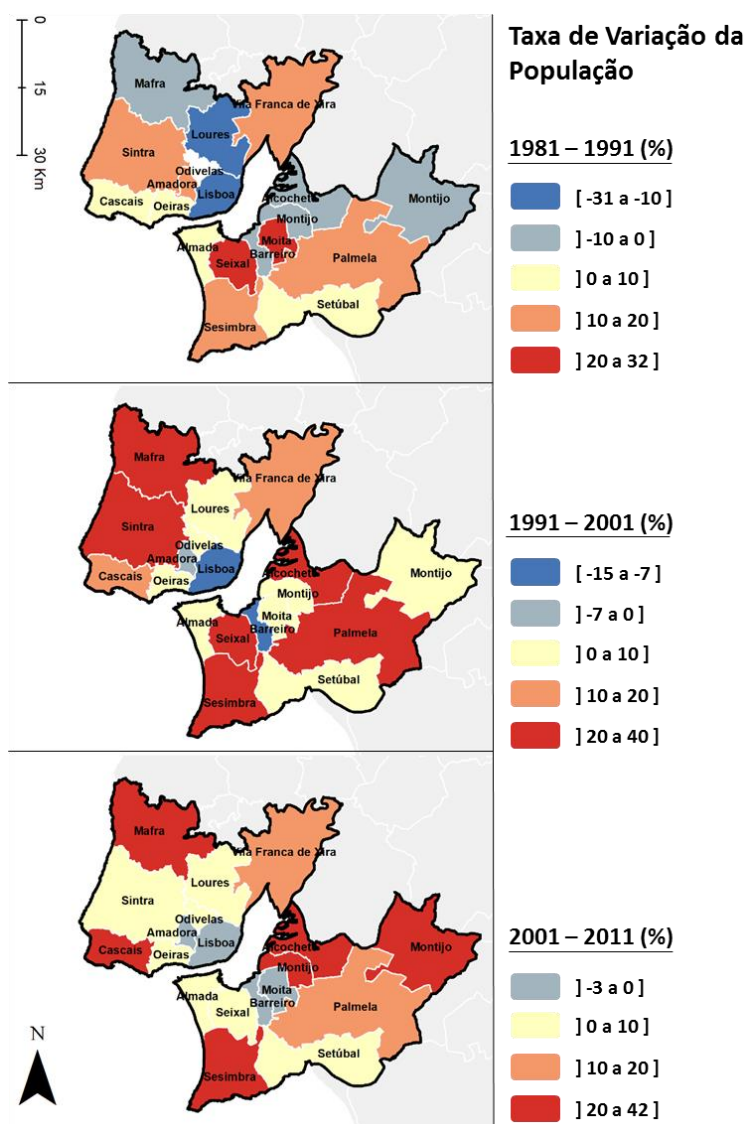


Figura 10 - Taxa de Variação da População da AML, 1981-1991, 1991-2001 e 2001-2011

Nota: Odivelas aparece sem informação no mapa de variação 1991-2001 porque em 1991 ainda não havia sido elevado a concelho.

com uma taxa de crescimento de 3,6% entre 1991 e 2001 e de 3% entre 2001 e 2011 (abertura do SUB Loures em 2009 e do Hospital Beatriz Ângelo em 2012); e a Amadora

Ao analisarmos a taxa de variação populacional para a AML nos períodos 1981-1991, 1991-2001 e 2001-2011, (Figura 10), destacando os concelhos que ganharam unidades de saúde com serviço de urgência, verificamos que, com a exceção de Lisboa, todos os outros apresentaram taxas de variação positivas na década anterior à abertura do serviço, com destaque para o concelho de Sintra que regista um crescimento populacional na ordem dos 15% entre 1981 e 1991 (sob área de influência direta em serviço de urgência geral do Hospital Dr. Fernando da Fonseca, que abriu em 1995) e aproximadamente 40% entre 1991 e 2001 (abertura do SUB Mem Martins em 2009 no concelho de Sintra); Loures

com uma taxa de crescimento de 10% entre 1981 e 1991 (abertura do Hospital Dr. Fernando da Fonseca em 1995).

Considerando ainda os concelhos sob área de influência direta para urgência geral do Hospital Beatriz Ângelo, Odivelas e Mafra (freguesias Milharado, União das Freguesias de Malveira e São Miguel de Alcainça, União das Freguesias Venda do Pinheiro e Santo Estevão das Galés) verificamos que estes também apresentaram taxas de variação populacional positivas, com destaque para Mafra que apresentou o maior crescimento verificado entre os concelhos da AML, pouco mais de 40%, entre 2001 e 2011, e Odivelas 8% no mesmo período.

Considerando as futuras unidades de saúde com prestação de serviço de urgência, não provenientes de deslocalizações, como é o caso do futuro Hospital de Lisboa Oriental que visa substituir os hospitais que hoje compõem o Centro Hospitalar Lisboa Central, percebemos que a tendência da desconcentração deste tipo de serviço tende a manter-se, como acontece, por exemplo, com o Hospital de Sintra⁵⁵, com previsão de entrada em funcionamento em 2021, e o Hospital de Proximidade do Seixal⁵⁶, cujo concurso para projeto e concessão já foi aprovado no princípio de 2018.

Apresentar e discutir as mudanças espaciais de equipamentos de saúde e relacionar a tendência de desconcentração deste serviço, não apenas com a componente demográfica, mas também com a dos acessos viários e meios de transportes torna-se muito relevante, principalmente, quando nos referimos aos serviços de urgência, para os quais o tempo ligado ao acesso geográfico é uma componente fundamental. Contudo, ao trazer para a análise o sistema viário, com recorte apenas para o veículo motorizado automóvel, a análise torna-se redutora, na medida em que nem todas as pessoas dispõem de veículo próprio e, por isso, dependem da rede de transportes públicos para aceder aos diferentes serviços, dentre eles o serviço público de saúde.

É certo que especialistas já têm verificado que houve uma alteração no padrão de mobilidade na AML. Marques da Costa (2016), ao analisar a taxa de motorização neste

⁵⁵ O projeto do novo hospital de Sintra foi aprovado em setembro de 2018 e a abertura está prevista para 2021. cm-Sintra (online). “Aprovada proposta de arquitetura do novo Hospital de Sintra”. Disponível em: https://cm-sintra.pt/index.php?option=com_content&Itemid=632&catid=14&id=6711&view=article Acesso: 23/03/2019.

⁵⁶ SNS (online). “Hospital de Proximidade do Seixal”. Disponível em: <https://s-1.sns.gov.pt/noticias/2018/06/29/hospital-de-proximidade-do-seixal-2/> Acesso: 23/03/2019.

recorte, constatou que de 1998 a 2013 a taxa de motorização apresentou um crescimento médio anual de 2,5%, sendo a taxa de motorização verificada em 2013 de 475, com os concelhos de Cascais, Mafra, Amadora e Palmela a apresentarem taxas de motorização acima da média da AML, em 2013, e os concelhos de Sintra e do Barreiro as taxas mais baixas para o mesmo ano. Para este autor várias razões se complementam para explicar essa alteração, contudo o já referido processo de suburbanização acompanhado da descentralização da população e das atividades económicas são fatores que ajudam a compreender esta realidade, podendo somar-se a isto a perda e o envelhecimento da população do concelho de Lisboa, impactando os padrões de deslocação.

Ao estudar os movimentos pendulares na AML, com foco nas deslocações casa-trabalho ou estudo, Marques da Costa (2016) concluiu que apesar de Lisboa se manter como o principal nó urbano e de atração da AML, constatou-se a existência, do que este autor chamou de “novas linhas de desejo de deslocações por motivos de trabalho ou de estudo” (pp. 14), sendo estas menos radiais a Lisboa, e com maior intensidade das deslocações internas nos demais concelhos nas duas margens da AML, condizente com o espraiamento populacional verificado na AML, ao longo dos principais eixos radiais a partir de Lisboa, embora para áreas afastadas destes.

O alargamento dos eixos de expansão populacional na AML e junto com este a baixa densidade e a complexidade nos deslocamentos da população, que vão muito além da casa-trabalho ou estudo⁵⁷ (Marques da Costa, 2007), colocam desafios à oferta da rede de transportes públicos com a redução de frequências e horários, por exemplo, tornando-se insuficiente para atender às novas demandas (Marques da Costa, 2014).

O caminhar da AML, em direção oposta ao que Neuman (2005) chamou de cidade compacta, encontrou suporte na utilização do automóvel particular, vindo a ser crescente a sua utilização na AML, em detrimento do transporte público. Marques da Costa (2014) sugere que o aumento da utilização de automóvel na AML parece ter respondido ao alargamento da cidade sem que isso se tenha traduzido, em larga medida, em alterações significativas nos tempos de deslocamento. Somando-se a isso o aumento da flexibilidade e da velocidade das deslocações com o uso do automóvel, os investimentos em infraestruturas rodoviárias e a limitada capacidade do setor público de transportes para

⁵⁷ Vale reiterar que apesar da complexidade das deslocações, as realizadas por motivo de trabalho é a principal na AML, representando 30,8% (INE, 2017).

responder atempadamente às dinâmicas populacionais e às novas necessidades de deslocações, tornam compreensível o fato do automóvel aparecer como o meio de transporte mais utilizado nos movimentos pendulares⁵⁸, pela população residente empregada ou estudante em 2011, representando 54,2%, enquanto a utilização do transporte público⁵⁹ representava 28,4% (Censos, 2011).

Esta realidade foi confirmada recentemente para 2017 pelo Instituto Nacional de Estatística, através do Inquérito à Mobilidade nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e de Lisboa (AML)⁶⁰, aparecendo em ambas o automóvel como principal meio de transporte nas deslocações dos residentes. Na AML, o uso do automóvel representou 58,9% das deslocações, enquanto os transportes públicos/coletivos, representaram 15,8%, e dentro destes últimos destaca-se o autocarro, cuja expressão alcançou aproximadamente 50% dentro deste último grupo⁶¹ (INE, 2017).

Ao analisar temporalmente a utilização dos principais meios de transporte nas deslocações realizadas na AML constatou-se que a diminuição do uso dos transportes públicos e, em contrapartida, o aumento da utilização de transporte motorizado individual, do qual se destaca o automóvel, não é recente, vindo a decrescer progressivamente desde a década de 1980, mas de forma mais acentuada a partir da década de 1990. (Figura 11).

⁵⁸ Refere-se a maior distância da viagem percorrida. E no caso do meio de transporte ser diferente na ida e na volta, se opta pelo meio de transporte de ida. Foram considerados tanto os residentes que se declararam como condutor quanto passageiro do automóvel ligeiro.

⁵⁹ Foram considerados na categoria transporte públicos: autocarro, metropolitano, comboio e barco.

⁶⁰ Este inquérito abrangeu cerca de 100 mil residentes nas duas áreas metropolitanas e foi realizado no 4º trimestre de 2017 (INE, 2017).

⁶¹ Além das deslocações realizadas com automóveis e transportes públicos, há aquelas realizadas a pé, bicicleta, transporte coletivo da empresa, motociclo e outros.

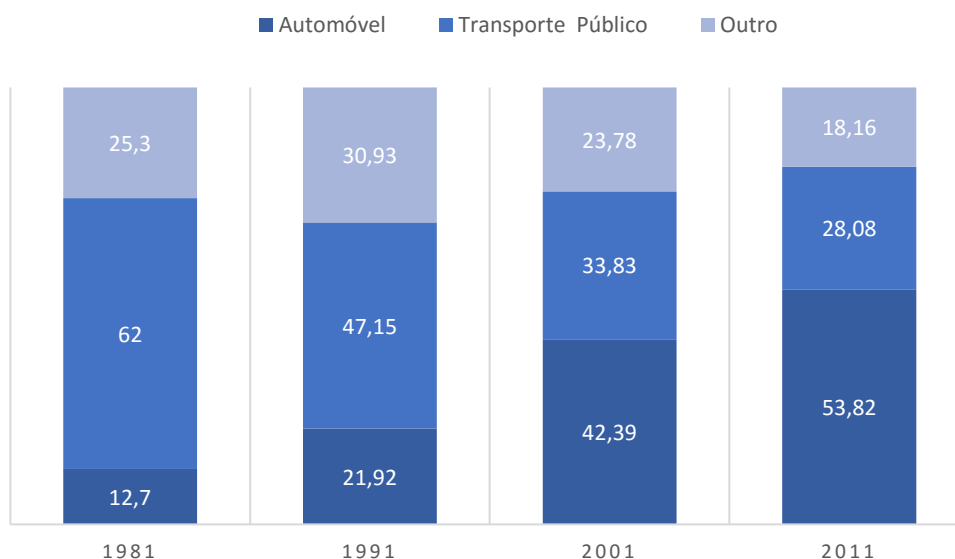


Figura 11 - Principais meios de transportes utilizados nas deslocações casa-trabalho ou estudo na Área Metropolitana de Lisboa (%)

Fonte: Adaptado de Marques da Costa, 2016.

Com base no Inquérito à Mobilidade nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e de Lisboa (AML), entre as razões que justificaram a utilização de transporte individual destacaram-se na ordem que se segue: “a rapidez, o conforto, a rede de transporte pública não ter ligação direta ao destino, a ausência de alternativa e transportes públicos sem a frequência ou a fiabilidade necessária” (INE, 2017, p. 19). Por outro lado, entre as razões que justificaram a utilização dos transportes públicos estavam: “não conduzir ou não possuir transporte individual, a ausência de alternativa e o preço/custo gasto com transporte público” (p.19). Ademais, vale sublinhar que ao avaliar os transportes públicos, os residentes da AML destacaram como ponto positivo a proximidade à rede/paragens, corroborando com o resultado encontrado por Louro e Marques da Costa (2016), de que 92% da população da AML está a menos de 250 metros de um ponto de serviço/paragem de transporte público.

Contudo, como vimos, a procura por transporte público na AML vem apresentando decréscimo continuado, sendo este um dos fatores que justifica a nossa análise centrar-se na utilização do automóvel para aceder ao serviço público de urgência. Este padrão de diminuição contínua de utilização de transportes públicos nas deslocações das pessoas na AML pode ser alterado em função da implementação do Programa de Redução do Tarifário dos Transportes Públicos, com a introdução do “Passe Único”, que entrou em

vigor em 01 de abril de 2019. A grande redução dos preços pagos em transportes públicos para circular em apenas um concelho ou entre todos da AML, poderá inverter o sentido de subida de utilização do automóvel, sendo este também um dos objetivos da implementação desta mudança de tarifário, segundo Fernando Medina, Presidente da Câmara Municipal de Lisboa⁶².

Efetivamente, se levarmos em consideração que aproximadamente 35% das deslocações, considerando a origem e destino, são entre municípios da AML (INE-Inquérito à Mobilidade nas Áreas Metropolitanas do Porto e de Lisboa, 2018) e que os utentes de transportes públicos que precisam realizar deslocações diárias para fora do seu concelho terão as maiores reduções de tarifa, essa mudança poderá de fato alcançar seus objetivos levando mais pessoas a optar pela utilização dos transportes públicos⁶³. Contudo estes impactos só poderão ser medidos no futuro próximo.

Contudo, o fato da utilização do automóvel individual se sobrepor à dos transportes públicos quando se fala em deslocações casa-trabalho ou estudo na AML, não se pode dizer que 28,8% das deslocações casa-trabalho ou estudo, em 2011, para as quais os transportes públicos são o principal meio de transporte, seja um valor residual. O que importa é saber em que medida os utentes de transportes públicos e a suas necessidades de deslocações são atendidos pela rede de transportes públicos e não alimenta a lista de outras possíveis barreiras, principalmente das populações pobres, ao acesso ao lazer e aos serviços de interesse geral, dos quais são exemplos a educação e a saúde. Estes questionamentos são importantes porque nem sempre a rede de transportes públicos consegue responder atempadamente às mudanças territoriais geradas pela abertura de uma unidade hospitalar, dificultando o acesso aos serviços hospitalares, no qual se inclui o serviço de urgência, servindo como exemplo o concelho de Odivelas e o acesso, via transporte público, ao Hospital Beatriz Ângelo, aquando da sua abertura em 2012.

⁶² Observador (online). “Novo passe da área de Lisboa permitirá poupar mais de 100 euros a milhares de pessoas”. Disponível em: <https://observador.pt/2018/11/24/novo-passe-da-area-de-lisboa-permitira-poupar-mais-de-100-euros-a-milhares-de-pessoas/> Acesso: 25/03/2019.

⁶³ Público (online). “No preço, o novo passe “é fora de série”. “Agora, é preciso melhorar os transportes”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/03/31/local/noticia/novos-passes-sociais-medida-excelente-exige-investimento-rede-1867355> Acesso: 25/03/2019.

Após a abertura do Hospital Beatriz Ângelo foram realizadas manifestações⁶⁴ organizadas pela Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas e o Movimento Mais Saúde, para denunciar as dificuldades no acesso a esta unidade hospitalar via transporte público (i. inexistência de carreira de autocarro que deixasse os utentes no hospital, ii. distância a pé do ponto onde a carreira do autocarro deixa os utentes até ao hospital, aumentando com as dificuldades de mobilidade do utente, e iii. horário reduzido das carreiras que levam a população ao hospital). Somaram-se as estas reivindicações barreiras de cariz económico, como o aumento do custo com o transporte para aceder àquela unidade de saúde com serviço de urgência e o aumento do valor pago em taxa moderadora relativamente ao atendimento de urgência⁶⁵, visto que a população daquele concelho pagava valores um pouco mais baixos no SUB Loures. Ademais, relativamente ao problema do elevado custo económico no deslocamento, via transporte públicos, para o hospital Beatriz Ângelo, principalmente, por parte da população do concelho de Odivelas das áreas de Famões e Serra da Luz, pode-se dizer que foi solucionado com a introdução do passe único em abril de 2019. “O novo hospital [Beatriz Ângelo] era de difícil acesso, e o que tinha era caro”, disse a Membro da Comissão de Utentes dos Transporte de Odivelas.

Contudo, não deslegitimando o conteúdo das reivindicações acima mencionadas, a crítica ao encerramento do SUB Loures, aquando da abertura do Hospital Beatriz Ângelo, precisa ser relativizada, em virtude da sua “troca” por uma unidade com urgência de nível SUMC. Contudo, não deixa de ser importante chamar atenção para os impactos das mudanças na geografia dos serviços de saúde que limitam, e podem até impedir, o acesso de uma parte da população a um serviço de urgência, e que parecem não ter sido “contabilizadas” durante o processo ou pelo menos não foram acompanhadas ao mesmo tempo por outros setores públicos, como o dos transportes.

⁶⁴ SIC notícias (online). “Utentes protestam junto ao novo Hospital de Loures em dia de inauguração”. Disponível em: <https://sicnoticias.pt/pais/2012-03-10-utentes-protestam-junto-ao-novo-hospital-de-loures-em-dia-de-inauguracao> Acesso: 23/03/2019.

Odivelas Notícias (online). “Os Verdes” questionam Governo sobre Transportes para o Hospital Beatriz Ângelo”. Disponível em: http://odivelasnoticias.pt/edicoesonline/on_15.pdf Acesso: 24/03/2019.

⁶⁵ A taxa moderadora no serviço de urgência no SUB custa 14 euros e na urgência SUMC 16 euros, valores em vigência desde 01 de abril de 2016, de acordo com a Circular Normativa ACSS n.º 8/2016, de 31 de março. Em 2012, ano de abertura do hospital Beatriz Ângelo, a diferença da taxa moderadora em serviço de urgência era um pouco maior entre um SUB e um SUMC, sendo 15,45 e 18 euros respectivamente. (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2016/Circular_Normativa_8_2016.pdf Acesso: 24/03/2019.

A fim de conhecer efetivamente os resultados alcançados com as manifestações realizadas, entrámos em contato com a Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas e realizámos uma entrevista com uma das responsáveis pelo movimento, no dia 01 de agosto de 2019. O movimento Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas remonta à década de 1970 e teve início com as reivindicações para a entrada da Carris no concelho de Odivelas. Foi-nos informado que o Hospital para onde se dirigiam os moradores de Odivelas, antes da abertura do Beatriz Ângelo, era o Hospital Santa Maria, sendo o SUB Loures utilizado por uma parte da população, mas para os casos mais simples. Ademais, aquando da abertura do hospital Beatriz Ângelo, que segundo a entrevistada também foi resultado de reivindicações dos moradores do concelho de Odivelas, foi proibida a entrada de carreiras na parte exterior imediata do Hospital. Segundo a entrevistada, a razão dada pela Câmara de Odivelas, após receber um abaixo-assinado dos moradores, foi que a construtora havia informado que o asfalto não suportava o tráfego de autocarro.

Deste modo, os autocarros que passavam pelo Hospital Beatriz Ângelo deixavam os utentes numa paragem acerca de 450m do hospital. Como reforçou a entrevistada, pode parecer uma distância curta, mas talvez não para os utentes com mobilidade reduzida e que precisam, por exemplo, utilizar cadeira de rodas. A Comissão de Utentes de Transporte de Odivelas, conseguiu o apoio de um canal televisivo e mostrou o percurso de duas utentes, uma da área da Serra da Luz e outra das Patameiras, demonstrando o elevado gasto económico com as trocas de bilhetes no trajeto das carreiras de autocarros e a dificuldade para alcançar o hospital, o que conferiu uma visibilidade mais abrangente às reivindicações da Comissão.

Ademais, a permissão da entrada das carreiras deu-se de forma gradual. Esta começou com a entrada de uma carreira proveniente do Oriente, cujo percurso, segundo a entrevistada, não passava pela maior parte da zona de influência direta do Hospital Beatriz Ângelo. A alteração do percurso foi alvo de reivindicação por parte da Comissão. Como resultado, só há pouco mais de três anos é que autocarros de diferentes zonas do concelho de Odivelas passaram a entrar no Hospital Beatriz Ângelo e têm paragens nas consultas externas e nas urgências deste hospital.

No entanto, ainda segundo a entrevistada, a abertura do hospital Beatriz Ângelo vem facilitar o acesso ao serviço de urgência, acesso que foi mais facilitado com o atendimento das reivindicações. As carreiras que levam ao hospital funcionam desde as seis horas da manhã, levando muitos funcionários daquele hospital, até por volta das vinte e duas horas.

Deste modo, aqueles que precisam dirigir-se às urgências a partir deste horário terão que utilizar carro próprio, táxi, serviços de plataforma (uber, bolt, cabify) ou acionar o INEM.

Quando a entrevistada foi interrogada sobre as áreas no concelho de Odivelas que, mesmo com as reivindicações atendidas, poderiam ser consideradas com pior acesso geográfico ao hospital Beatriz Ângelo, ela respondeu:

[...] Pontinha, sem sobra de dúvidas, é o sítio de Odivelas com pior acesso ao Beatriz Ângelo. É longe e eles têm a carreira 206, que agora com a mudança do passe só se paga um módulo, mas que demora quase uma hora e pouco para fazer o percurso. Quem tem boas pernas deixa o metro [Odivelas] e pega o 225 que sobe a Ramada e lá anda um bocado para chegar ao hospital. Mas para quem tem mais tempo e pouca mobilidade tem que pegar o 206. Os moradores da Pontinha não queriam ser referenciados para o Beatriz Ângelo, mas para o Santa Maria. Porque eles acham mais perto para chegar. Aqui a geografia importa muito. As infraestruturas já estavam criadas quando o Beatriz Ângelo chegou e elas levam mais facilmente a população da Pontinha ao Santa Maria. As coisas precisam ser afinadas, é preciso ouvir as pessoas que no dia a dia usam o serviço, que se sentem confortáveis ou não com o serviço. É preciso entender a importância dos diálogos com as organizações [...]. (Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas, entrevista realizada dia 01 de agosto de 2019).

Ainda que não seja escopo deste trabalho esgotar as barreiras de acesso ao serviço público de urgência, bem como a verificação do aumento e/ou diminuição dos custos económicos decorrentes das mudanças na geografia da rede de serviço de urgência, consideramos importante chamar atenção para este aspecto. Isto porque entendemos que estas questões também interessam e enriquecem a discussão sobre a justiça espacial, ainda que não invalide a discussão sobre justiça espacial dentro dos contornos definidos para a realização desta investigação.

6.2 Acesso potencial geográfico aos serviços de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019

Os serviços públicos de urgência na Área Metropolitana de Lisboa (AML) passaram por mudanças espaciais, em todos os níveis, entre 1991 e 2019, como vimos. As mudanças na geografia desses serviços implicaram também alterações no acesso aos mesmos, porventura com melhorias para uns e deterioração para outros.

O objetivo deste subcapítulo é apresentar e discutir a análise de rede realizada para os serviços de urgência na AML, com o intuito de relacionar as mudanças processadas na rede de urgência com o acesso geográfico aos equipamentos de saúde com este serviço

para a população em geral e por faixa etária. O interesse adicional e, talvez, o mais relevante para discutir a justiça espacial, reside na verificação de como o tempo de viagem, que pode ser considerado uma barreira à utilização de serviço urgência (Vaz, Ramos, Santana, 2014), evoluiu para grupos socialmente vulneráveis, tornando-se um promotor ou inibidor do acesso potencial.

Um estudo sobre a influência da distância na utilização dos serviços de urgência e consulta externa hospitalar em Portugal chegou à conclusão de que o aumento da distância exerce uma influência negativa sobre a utilização, detetando uma correlação inversa entre a utilização dos serviços de urgência e o esforço do utente para acedê-los (Santana, 1996). Conclusões similares foram encontradas quase vinte anos mais tarde com a investigação sobre a influência da distância na utilização de serviço de urgência em Portugal (Vaz, Ramos e Santana, 2014). Os autores concluíram então que um aumento de 10% na distância se refletia na diminuição da utilização do serviço de urgência de 10% a 20%. Neste estudo, os diferentes níveis do serviço de urgência e a gravidade da demanda também foram levados em conta e, embora tenham mostrado influenciar a procura/utilização, a distância foi o fator mais determinante da demanda em todos os níveis de serviços de urgência.

A intenção de analisar as mudanças no tempo de viagem para a população em geral, mas procurar também percebê-las associadas às áreas em contexto de privação material, reside no fato de algumas patologias apresentarem prevalência mais alta em grupos socialmente vulneráveis, da qual constitui exemplo a Diabetes Mellitus, como constatou Santana *et al.* (2015a) e Schmitz *et al.* (2004) sendo também registadas taxas de mortalidade mais elevada em pessoas que vivem em áreas de privação (Sridharan, Koschinsky e Walker, 2011; Vandenheede *et al.*, 2014; Almendra, Santana Vasconcelos, 2017; Martikainen, Kauppinen e Valkonen, 2003; Ribeiro *et al.*, 2017). Somado a isto, está o fato da distância que precisa ser percorrida por um indivíduo entre sua casa até uma unidade de saúde influenciar a procura e consequente utilização deste serviço, incluindo o serviço de urgência, como já mencionámos. Neste contexto, torna-se fundamental perceber como é que as mudanças na geografia dos serviços de urgência se refletiram nos tempos de viagem na AML como um todo, e também para os grupos sociais desfavorecidos, em particular, os quais, como já foi dito, de um modo geral vivem em lugares com condições menos potenciadoras de saúde e apresentam piores resultados em saúde.

Deste modo, a partir das ideias que a distância/tempo importa e influencia a utilização e procura de serviço de saúde, que há patologias fortemente associadas às condições do lugar e da vida das pessoas, e que a população em contexto de privação material é mais vulnerável a um conjunto de enfermidades, parece-nos que a aproximação da nossa análise à população menos favorecida e a sua conjugação com os resultados espaciais de uma política pública comprometida com a equidade, como é a saúde, se torna incontornável no debate sobre justiça espacial.

No que respeita ao “corte etário”, para analisar as mudanças nos tempos de viagem, consideramos as faixas de 0 a 19 anos, 20 a 64 anos e 65 e mais anos. Essa escolha esteve condicionada aos grupos etários disponibilizados pelo INE e pela importância de manter o mesmo “corte etário” para o período de estudo 1991, 2001 e 2011, a nível da secção estatística. Assim, temos a primeira faixa que representa os mais jovens da população, o segundo grupo que reflete a população adulta e, grosso modo, a população ativa, e o terceiro e último grupo representando a população idosa. Outra razão para a escolha deste corte etário deu-se em virtude do conhecimento de que os principais utilizadores dos serviços de urgência, em termos de faixa etária, foram os grupos de 0 a 17 anos e os idosos (65 e mais anos) nos anos 2013, 2014 e 2015, segundo demonstrou o Ministério da Saúde, através do Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde dos Estabelecimentos dos SNS e Entidades Convencionadas (SNS, 2015).

Ao analisarmos o peso de cada grupo etário, apresentado no Relatório, no total de atendimentos de urgência do SNS e no total da população, verificamos que o grupo de 0 a 17 anos, representava, em 2011, 18% da população, mas corresponderam entre 2013 e 2015, a aproximadamente 28% dos utentes dos serviços de urgências. Já a população com 65 e mais anos, representava 19% da população portuguesa e, aproximadamente, 25% dos atendimentos nos serviços de urgência em Portugal para os mesmos anos. O grupo dos 18 aos 64 anos, apesar de ser o mais representativo entre os outros dois (63% da população em 2011), representaram entre 2013 e 2015, 48% do total de atendimentos (Figura 12). Vale ressaltar que as mulheres apresentaram nos três anos analisados pelo Relatório valores um pouco mais elevados do que os homens em todas as faixas etárias nos três anos, exceto na faixa de menores de 1 ano.

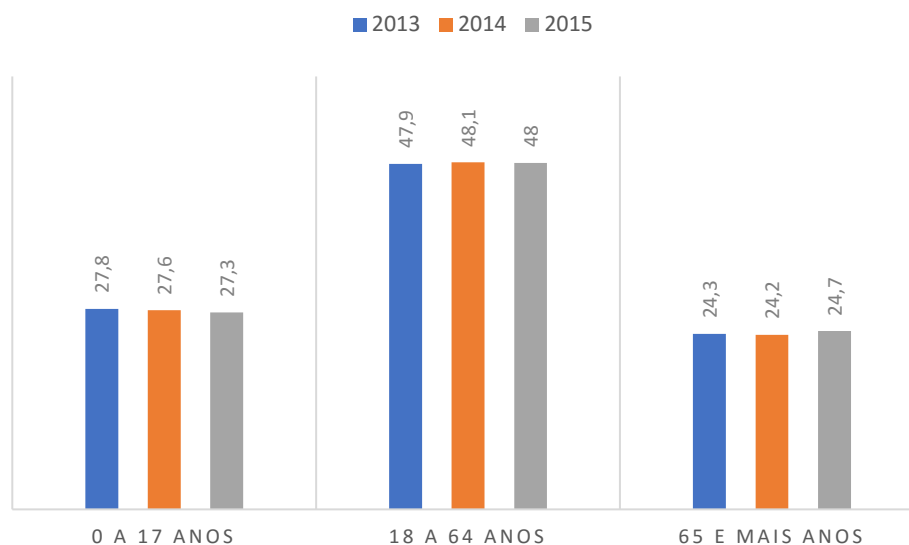


Figura 12 - Atendimento de urgência no Serviço Nacional de Saúde por faixa etária em Portugal Continental (2013-2015)

Fonte: Adaptado do Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde dos Estabelecimentos dos SNS e Entidades Convencionadas (SNS, 2015).

O Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde dos Estabelecimentos dos SNS e Entidades Convencionadas mais recente data de 2017 (última consulta em dezembro de 2019), mas não contém informação sobre os utilizadores dos serviços de urgência por faixa etária, assim como, o Relatório de 2016, limitando o conhecimento à volta do perfil etário dos utilizadores nos anos mais recentes. Vale ressaltar ainda que o Relatório não explicita os tipos serviços de urgência a que se refere, levando-nos a pensar que se reporta aos atendimentos em todos os serviços de urgências do SNS, o que inclui, as urgências especializadas, das quais são exemplo as urgências materno-infantil e psiquiátricas.

A análise de rede foi realizada para os anos 1991, 2001, 2011 e 2019. Reforçando que neste último ano o dado atual é a geografia das unidades de saúde com serviço de urgência, tendo em vista que a rede viária é a de 2011, bem como os dados referentes à população.

6.2.1 Evolução do acesso geográfico a todos os pontos dos serviços de urgência

No que respeita aos tempos máximos, mínimos e médios, o tempo de viagem a todas as unidades de saúde com serviço de urgência na AML, incluindo o Hospital de Torres Vedras, não sofreu alterações significativas, dentro do período analisado (1991-2019),

embora a geografia dos serviços de urgência, como vimos, tenha passado por mudanças significativas, no que respeita aos encerramentos e aberturas das urgências de níveis SUB e SUMC e a deslocalização das urgências nível SUMC (Quadro 10).

Quadro 10 - Evolução do tempo de viagem aos serviços de urgência na AML, 1991-2019

Tempo de viagem (min)	1991	2001	2011	2019
Mínimo	0,04155	0,04155	0,015806	0,015806
Máxima	36,09628	36,09627	35,047207	35,047207
Média	6,81159	6,431602	6,029449	6,068146

Os anos de 1991 e 2001 apresentaram exatamente o mesmo tempo máximo de viagem (36 minutos), embora neste período a AML tenha ganho duas novas unidades com serviço de urgência (Hospitais Curry Cabral e Dr. Fernando da Fonseca); entre 2001 e 2011 houve a redução de um minuto no tempo máximo de viagem, tendo neste período a rede ganho duas unidades de saúde (SUB Loures e SUB Mem Martins; mantendo-se o tempo de viagem máximo em 35 minutos em 2019, período marcado pela abertura do Hospital Beatriz Ângelo e encerramento do serviço de urgência do Hospital Curry Cabral e do SUB Loures. No que respeita aos tempos médios, estes mantiveram-se sempre na ordem dos 6 minutos, com alterações ligeiras e com o ano de 2011 apresentando o menor tempo médio, ano com o maior número de unidades com serviço de urgência na AML.

Ao analisarmos o tempo de viagem pelas classes de tempo para o conjunto da população da AML verificamos que entre 1991 e 2019, a população com acesso até 5 minutos de um serviço de urgência passou de aproximadamente 42% para 47%, sendo o maior incremento populacional também nesta faixa. (Quadro 11). Embora seja reduzida a percentagem de pessoas que vivem em áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência, entendido aqui como as áreas com pior tempo de viagem, é relevante descortinar esses territórios do ponto de vista geográfico e social.

Quadro 11 – População por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML,
1991-2019

Tempo de viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	1066996	42,33	1168533	43,87	1331344	47,18	1325190	46,96
5-10min	1017185	40,35	1071531	40,23	1085758	38,48	1095299	38,81
10-15min	326102	12,94	308158	11,57	309214	10,96	309571	10,97
15-20min	67775	2,69	68286	2,56	60772	2,15	57413	2,03
20-30min	41019	1,63	45686	1,72	33667	1,19	32714	1,16
>30min	1619	0,06	1418	0,05	1121	0,04	1689	0,06

Ao examinarmos essas áreas constatamos que houve uma crescente melhoria entre 1991 e 2011, mas um agravamento, entre 2011 e 2019, passando a população inserida nessas áreas de 1.619, para 1.689 em 2019, pertencentes ao concelho do Montijo. (Figuras 13, 14, 15, 16).

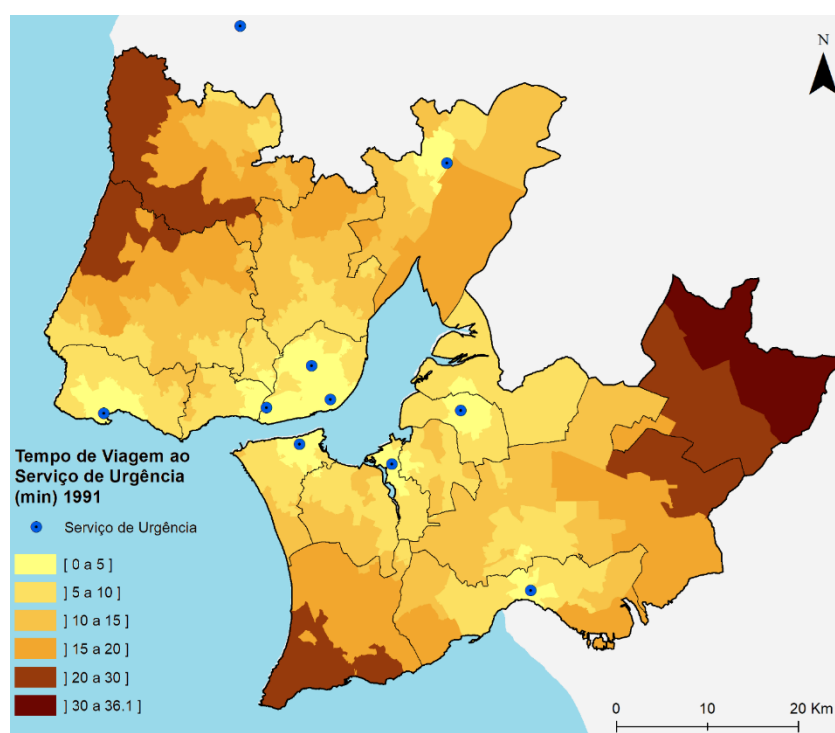


Figura 13 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 1991

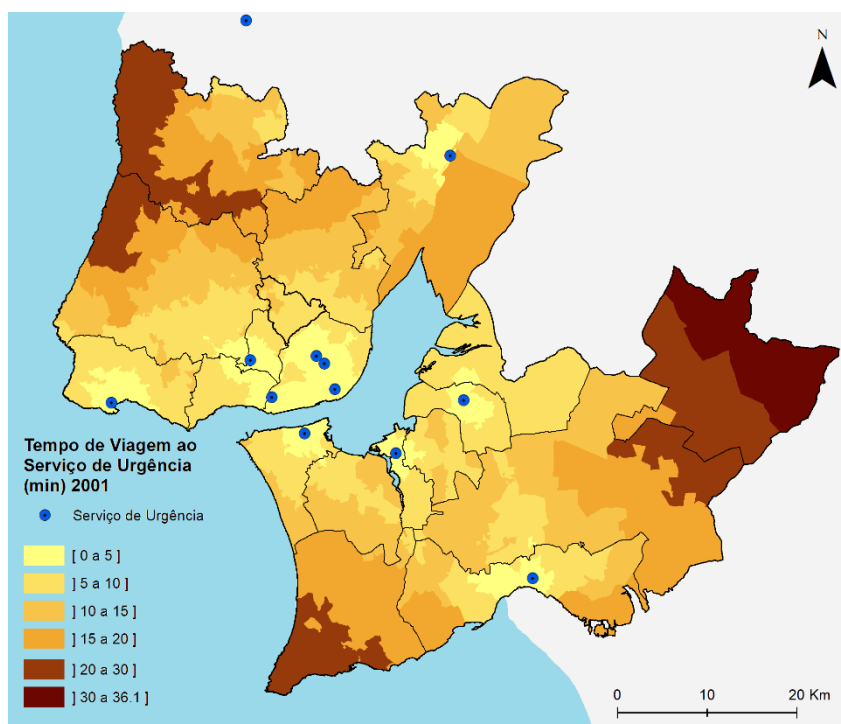


Figura 14 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 2001

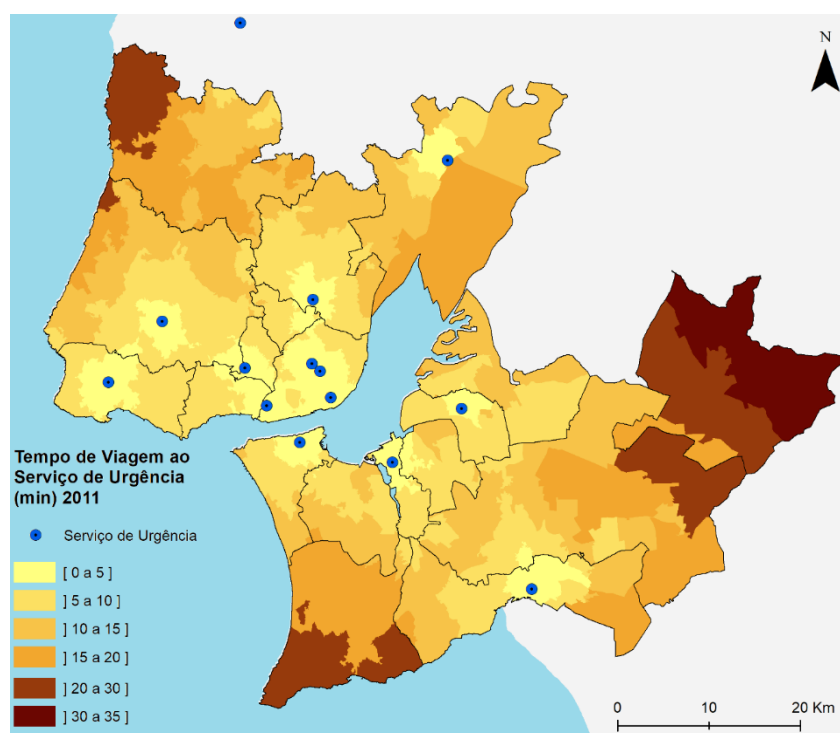


Figura 15 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 2011

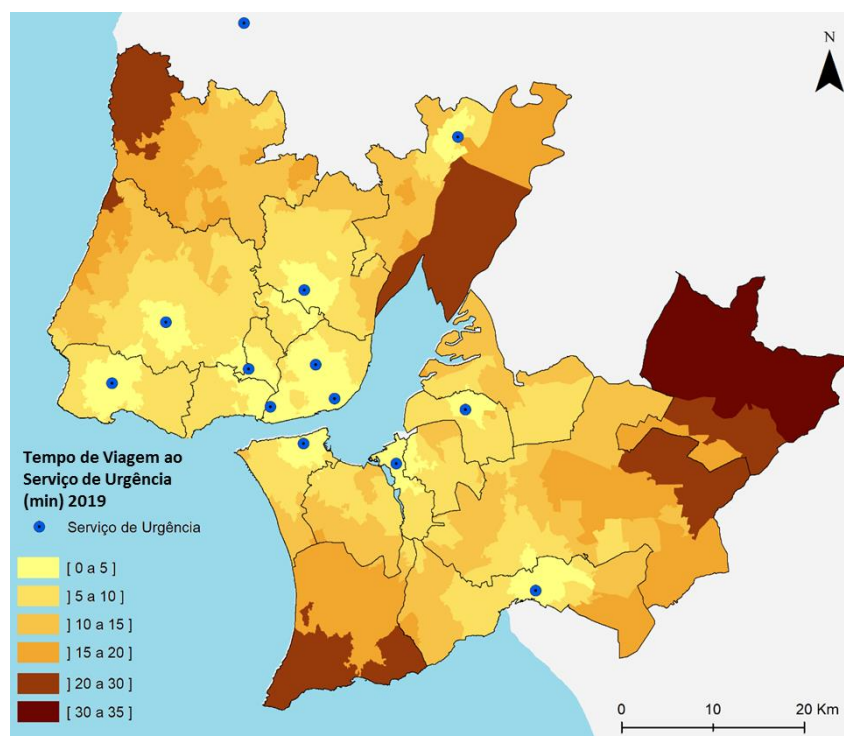


Figura 16 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 2019

Fonte: Análise de rede.

Nota: O serviço de urgência fora da AML que aparece na imagem é o Hospital Distrital de Torres Vedras. Representamos na imagem porque ele foi considerado na análise de rede, em função de territórios do concelho de Mafra estarem sob a sua área de influência direta para urgência geral.

As secções com tempo de viagem acima de 30 minutos a um ponto do serviço de urgência na AML pertencem ao concelho do Montijo. Entre 1991 e 2001, para as três secções, os hospitais mais próximos em tempo de viagem são Reynaldo dos Santos (antigo Hospital de Vila Franca de Xira) e São Bernardo, em Setúbal, ambos no nível SUMC. Entre 2001 e 2011 há uma alteração na geometria de algumas secções da AML, que porventura alteraram o centroide da secção, e podem refletir-se em alguma alteração no tempo de viagem. O resultado é que, em 2011, temos apenas duas secções com tempo de viagem acima de 30 minutos a um serviço de urgência, as mesmas que já tinham em 1991 e 2001, mas com uma nova geometria. Já em 2019, em função da nova localização do Hospital de Vila Franca de Xira, o tempo de viagem para a população de uma secção no Montijo ultrapassa os 30 minutos, resultando em três secções com pior de tempo de viagem.

Quando analisamos o tempo de viagem a um ponto do serviço de urgência para a população idosa (65 e mais anos), verificamos um comportamento muito parecido com o apresentado pela população na globalidade. Na escala temporal analisada, um pouco mais de 50% da população idosa estava até 5 minutos de uma unidade de saúde com serviço

público de urgência. Contudo, embora o peso da população idosa tenha reduzido na primeira classe de tempo, houve um aumento no número absoluto (Quadro 12).

Quadro 12 - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019

Tempo de viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	172741	55,78	221938	54,13	267984	52,15	266381	51,84
5-10min	92775	29,96	133684	32,60	182677	35,55	184339	35,87
10-15min	29106	9,40	35583	8,68	46452	9,04	46984	9,14
15-20min	8802	2,84	10565	2,58	9861	1,92	9274	1,80
20-30min	5911	1,91	7874	1,92	6502	1,27	6353	1,24
>30min	324	0,10	390	0,10	366	0,07	511	0,10

Ressaltamos que até 15 minutos, aproximadamente, 95% da população idosa conseguia alcançar um serviço de urgência na AML. Quando analisamos a classe de tempo superior a 30 minutos nos anos 1991, 2001, 2011 e 2019 verificamos que apesar da proporção da população idosa se ter mantido praticamente constante, em valores absolutos houve um aumento entre 1991 e 2019. No período analisado, o ano de 2019 é aquele com o maior número de idosos (511 idosos) em áreas com pior acesso geográfico representando este grupo 30,2% do total da população inserida nas áreas com pior acesso. Deste modo, para a população idosa chamamos atenção para três pontos:

- No menor tempo de viagem (até 5 minutos) houve uma redução percentual no período em análise, mas em 2019 havia mais idosos com melhor acesso geográfico do que em 1991;
- No tempo de viagem superior a 30 minutos, embora com variações entre os anos, houve um aumento no número de idosos nessa faixa de tempo entre 1991 e 2019;
- Para o conjunto da população idosa a transição 2011-2019, apresentou os piores resultados nas classes com menor tempo de viagem (redução em número absoluto e percentual) e com pior tempo de viagem (aumento percentual e maior aumento em número absoluto).

Quando analisamos as faixas etárias de 0 a 19 anos e 20 a 64 anos para o tempo de viagem até 15 minutos vemos que os resultados são semelhantes ao da população idosa, estando abrangidos neste intervalo, aproximadamente, 95% da população dos dois grupos em todos os anos da análise (Quadros 13 e 14).

Para o grupo etário mais jovem, a análise de tempo de viagem até 5 minutos demonstrou um aumento de pessoas nesta classe entre 1991 e 2019, enquanto se regista uma diminuição (percentual e absoluta) na classe com pior acesso. Deste modo, no período em análise, para a faixa etária 0-19 anos, tendo em consideração as classes com melhor e pior acesso pode concluir-se o seguinte:

- Houve uma melhoria no acesso geográfico às urgências, com mais população em termos absolutos e relativos com tempos de viagem até 5 minutos e uma diminuição nas áreas com mais de 30 minutos;
- A transição 2011-2019 é aquela com piores resultados nas duas classes de tempo. Na classe até 5 minutos é o único momento com redução simultânea percentual e absoluta, e na classe de tempo superior a 30 minutos é o único período em que há um aumento simultâneo percentual e absoluto.

Quadro 13 - População entre 0 e 19 anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019

Tempo de viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	253847	38,15	218512	39,40	258793	44,53	257047	44,22
5-10min	286184	43,01	238961	43,08	232379	39,98	235368	40,50
10-15min	95400	14,34	72253	13,03	69296	11,92	68809	11,84
15-20min	18782	2,82	15193	2,74	13712	2,36	13046	2,24
20-30min	10875	1,63	9477	1,71	6888	1,19	6702	1,15
>30min	376	0,06	231	0,04	159	0,03	255	0,04

Resultados similares foram identificados para o grupo etário 20-64 anos para as classes com melhor e pior acesso geográfico. (Quadro 14).

Quadro 14 - População total e percentual entre 20 e 64 anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019

Tempo de viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	640408	41,43	728083	42,90	804567	46,59	801762	46,43
5-10min	638226	41,29	698507	41,16	670702	38,84	675592	39,12
10-15min	201596	13,04	199231	11,74	193466	11,20	193778	11,22
15-20min	40191	2,60	42528	2,51	37199	2,15	35093	2,03
20-30min	24233	1,57	27980	1,65	20277	1,17	19659	1,14
>30min	919	0,06	797	0,05	596	0,03	923	0,05

De um modo geral a análise aponta que a geografia do serviço de urgência de 2019 foi aquela que tornou o serviço de urgência menos acessível geograficamente para o conjunto da população da AML, registrando o concelho do Montijo os piores resultados.

6.2.2 Evolução do acesso geográfico aos Serviços de Urgência Polivalentes (SUP)

As unidades de saúde com serviço de urgência polivalente (SUP) não sofreram nenhuma mudança ao nível geográfico na AML, apresentando a mesma composição desde o primeiro ano do período estudado. Deste modo, as variações apresentadas no tempo de viagem da população a uma unidade de urgência nível SUP deve-se às mudanças demográficas, na rede viária e nas configurações espaciais das secções que compõem a AML, tendo esta última efeito sobre a posição do centroide. O tempo de viagem às unidades de saúde com urgência nível SUP foi dividido em sete classes: até 5 minutos, entre 5 e 10, entre 10 e 15, entre 15 e 20, entre 20 e 30, entre 30 e 40 e entre 40 e 60 minutos. Os resultados para os anos 2011 e 2019 são os mesmos dado não ter havido qualquer alteração na rede de urgência de nível SUP e a população dos dois anos ser a mesma (censo de 2011), bem como a rede viária utilizada. Por esta razão vamos apresentar e discutir a análise mencionando apenas o período 1991-2011.

Ao realizar a análise do tempo de viagem para o conjunto da população gostaríamos primeiro de chamar atenção para as classes entre 30 e 40 minutos e entre 40 e 60 minutos. Houve uma redução contínua, entre 1991 e 2011, da população nas duas classes de tempo

de viagem mencionadas. Esta redução progressiva deu-se tanto em valores absolutos quanto em termos relativos da população dentro desses tempos de viagem (Quadro 15).

Quadro 15 - População com tempo de viagem nas classes 30-40 minutos e 40-60 minutos a um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011

	30-40 minutos				40-60min			
	Secção		População Total		Secção		População Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1991	62	1,89	38841	1,54	8	0,02	5100	0,20
2001	56	1,42	35319	1,33	9	0,23	4781	0,18
2011	37	0,82	25187	0,89	6	0,13	3817	0,14

Como podemos observar nos mapas, os concelhos mais periféricos face a Lisboa apresentaram tempos de viagem mais elevados a uma urgência de nível SUP, resultante da concentração dos serviços de urgência deste nível em Lisboa e de uma unidade em Almada. Em 1991, as áreas com tempos de viagem iguais ou superiores a 30 minutos pertenciam aos concelhos de Mafra, Vila Franca de Xira e Sintra, na Margem Norte, e aos concelhos de Alcochete, Montijo, Palmela e Setúbal, na Margem Sul. Quando procuramos pelas áreas com os piores resultados, expressos pela classe de tempo de viagem 40-60 minutos, vemos que as mesmas estavam inseridas nos concelhos de Palmela e Montijo, com destaque para este último (Figuras 17, 18 e 19).

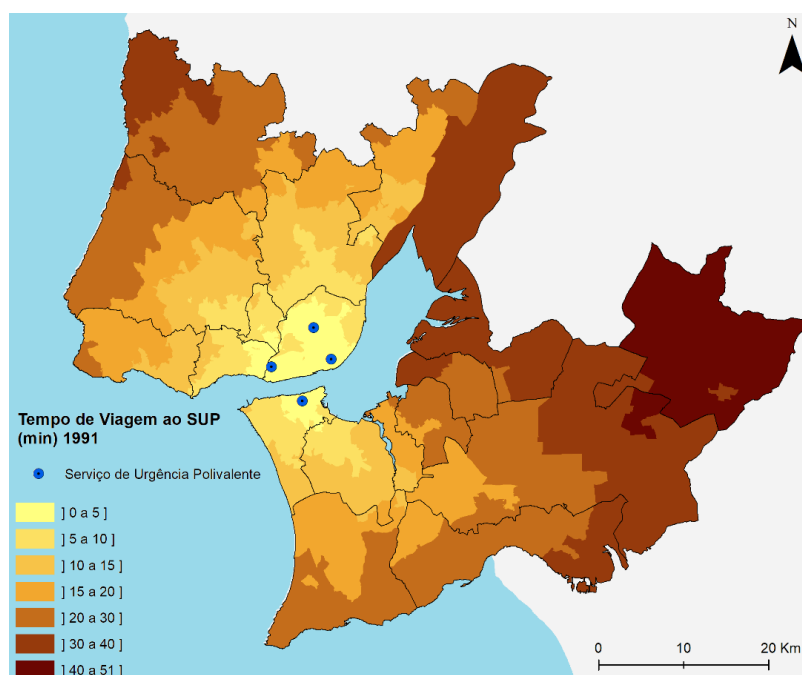


Figura 17 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Polivalente na AML, 1991

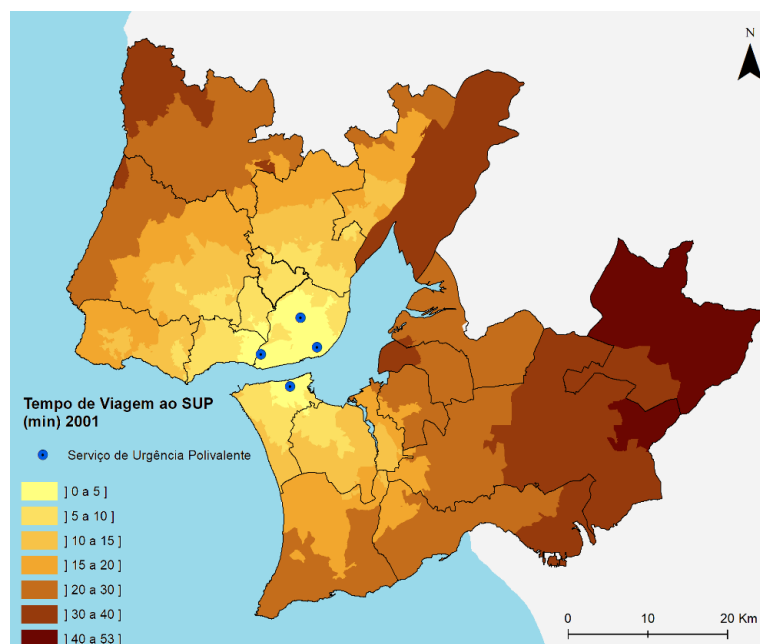


Figura 18 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Polivalente na AML, 2001

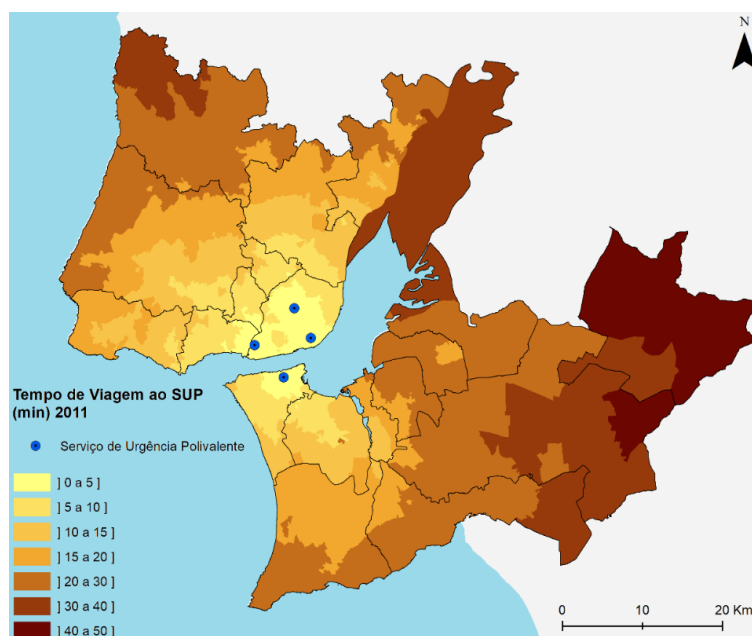


Figura 19 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Polivalente na AML, 2011

Ao realizarmos o mesmo exercício para 2001, verifica-se que não houve grandes alterações no que respeita aos concelhos onde se registaram tempos de viagem superiores a 30 minutos, repetindo-se os mesmos sete concelhos. Acerca do tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP, entre 1991 e 2001, registamos o seguinte:

- Redução de 70 secções para 65 secções, sendo esta diminuição verificada nos concelhos de Alcochete e Montijo;
- Redução geral de 43.941 pessoas para 40.100 pessoas;
- Aumento de áreas com pior acesso nos concelhos de Mafra e Palmela.

A retração no número de secções e população nas áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos continuou em 2011, passando para 43 o número de secções e a população para 29.004 pessoas. Na transição 2001-2011 para classe de tempo de viagem superior a 30 minutos, destacamos:

- O concelho de Sintra deixa de apresentar secções neste intervalo de tempo;
- Todos os demais concelhos apresentaram uma redução do número de secções, exceto os concelhos de Vila Franca de Xira e Setúbal que mantiveram o mesmo número, apresentado em 2001.

Quadro 16 - População por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011

Tempo de viagem	1991		2001		2011	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	763943	30,31	663607	24,91	597807	21,18
5-10min	810565	32,16	930138	34,92	985563	34,93
10-15min	366747	14,55	469127	17,61	542105	19,21
15-20min	283994	11,27	259813	9,75	317615	11,26
20-30min	251506	9,98	300827	11,29	349782	12,40

Uma vez realizada a análise para a classe com pior acesso, analisamos aquela considerada como a que representa o melhor acesso (até 5 minutos). Nesta se verificou uma redução contínua em termos percentuais e absolutos da população. Ademais, salientamos que esta redução, apontada como um resultado negativo, pode ser relativizada, tendo em vista o incremento na classe entre 5 e 10 minutos, por exemplo, principalmente quando há uma redução do contingente populacional nas classes com tempos de viagem superiores a 30 minutos como vimos.

Para a população da AML na sua globalidade, a análise dos tempos de viagem a um serviço de urgência de nível SUP permite apontar:

- Grande parte da população encontra-se a até 15 minutos de uma urgência SUP (77% em 1991, 77,4% em 2001 e 75% em 2011), corroborando a informação de que os quatro hospitais com nível de urgência SUP estão localizados nas principais e densificadas áreas urbanas da AML;
- A população com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência de nível SUP, apresentou uma diminuição contínua entre 1991 e 2011;
- Contudo, há população para a qual o tempo para aceder ao serviço de urgência mais complexo da rede do SNS é superior a 30 minutos, chegando mesmo a atingir pouco mais de 50 minutos no Montijo;
- Em 2011, os concelhos com pior acesso geográfico a uma urgência SUP, em número de secções e população, foram: Mafra (10.559 pessoas/16 secções), Palmela (8.898 pessoas/12 secções) e Montijo (5.602 pessoas/8 secções);
- O Montijo apesar de ter apresentado menos população e secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos, registou o maior tempo máximo (50,1 minutos) e mais secções com tempo de viagem acima de 40 minutos. Em Mafra o tempo máximo foi de 36,5 minutos e em Palmela 41 minutos.

Quanto aos grupos etários, a análise dos tempos de viagem às urgências SUP para a população com 65 e mais anos permitiu observar, entre 1991 e 2011, (Quadro 17):

Quadro 17 - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem ao serviço de urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011

Tempo de Viagem	1991		2001		2011	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	135958	43,91	147291	35,92	140029	27,25
5-10min	70328	22,71	117863	28,74	170424	33,17
10-15min	32636	10,54	53587	13,07	80865	15,74
15-20min	32800	10,59	37978	9,26	56085	10,91
20-30min	32296	10,43	46552	11,35	60472	11,77
30-40min	4834	1,56	5756	1,40	4957	0,96
40-60min	807	0,26	1007	0,25	1010	0,20
Total	309659	100	410034	100	513842	100

- Aproximadamente 77% da população desta faixa etária dista até 15 minutos nos três períodos;

- Em 2011 havia mais população com tempo de viagem superior a 30 minutos;
- Dentro do tempo de viagem superior a 30 minutos destacamos com pior resultado a classe com o tempo mais elevado (40-60 minutos), em virtude do aumento consecutivo de idosos nesta classe, sobretudo entre 1991 e 2001;
- Na classe com melhor tempo de viagem, em 2011, havia mais idosos em número absoluto face a 1991;
- Embora na transição mais recente (2001-2011) se tenha reduzido o número de idosos com tempo de viagem até 5 minutos, consideramos que este período apresentou melhor resultado geral em virtude da redução mais acentuada da população com tempo de viagem superior a 30 minutos;
- A ausência de mudanças na geografia dos serviços de urgência de nível SUP, conjugada com o crescimento do número de idosos em todas as classes de tempo de viagens, entre 1991 e 2011, são reveladores do crescente envelhecimento da população na AML e dos desafios que os idosos representam para os serviços de urgência de nível SUP, em termos de acesso.

Quanto aos grupos etários 0 a 19 anos e 20 a 64 anos verificamos que para ambos os grupos, assim como para os idosos, aproximadamente, 75% da população acedia a uma urgência SUP em pelo menos 15 minutos em todos os anos da análise. (Quadros 18 e 19).

Quanto aos grupos etários mais jovem e jovem demarcamos os seguintes pontos:

- Em 2011, havia menos pessoas no melhor tempo de acesso (até 5 minutos), mas também com mais de 30 minutos a uma urgência SUP;
- Houve uma diminuição contínua nestas duas classes de tempo de viagem, em termos percentuais e absolutos;
- Para o grupo mais jovem, esta redução foi muito acentuada nas duas transições para as duas classes que indicam maiores tempo de viagem; para o grupo jovem foi na transição mais recente;
- A diminuição generalizada de população muito jovem em todas as classes de tempo entre 1991 e 2001, é reflexo da redução deste grupo etário no conjunto da AML (variação -16,65%). O aumento generalizado na maioria das classes na transição mais recente também acompanhou o aumento deste grupo no total da população (variação 4,8%).

Quadro 18 - População entre 0 e 19 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011

Tempo de Viagem	1991		2001		2011	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	170772	25,66	113155	20,40	105120	18,09
5-10min	228674	34,36	202961	36,59	205185	35,30
10-15min	105966	15,92	109076	19,67	122099	21,01
15-20min	79304	11,92	56145	10,12	67041	11,53
20-30min	68479	10,29	64701	11,67	75837	13,05
30-40min	10949	1,65	7686	1,39	5287	0,91
40-60min	1320	0,20	903	0,16	658	0,11
Total	665464	100	554627	100	581227	100

Quadro 19 - População entre 20 e 64 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, 1991-2011

Tempo de Viagem	1991		2001		2011	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	457213	29,58	403161	23,76	352658	20,42
5-10min	511563	33,10	609314	35,90	609954	35,32
10-15min	228145	14,76	305495	18,00	339141	19,64
15-20min	171890	11,12	165189	9,73	194489	11,26
20-30min	150731	9,75	189219	11,15	213473	12,36
30-40min	23058	1,49	21877	1,29	14943	0,87
40-60min	2973	0,19	2871	0,17	2149	0,12
Total	1545573	100	1697126	100	1726807	100

Em grandes linhas, com base no acesso geográfico às urgências SUP, os resultados mostraram que:

- Entre 1991 e 2011 foi sempre decrescente o número de pessoas com acesso geográfico acima de 30 minutos a uma urgência de nível SUP, apesar de não ter havido nenhuma mudança na geografia deste nível de urgência;
- Esse comportamento da população geral encontrou similitudes com os grupos etários muito jovem e jovem, embora a população na faixa de 0 à 19 anos se tenha

reduzido entre 1991 e 2001 e a da faixa de 20 a 64 anos tenha sido sempre crescente entre 1991 e 2011;

- Quanto aos idosos identificamos os piores resultados, dado que em 2011 havia mais idosos com tempo de viagem superior a 30 minutos do que em 1991, nas duas classes de tempo de viagem “fracionadas” 30-40 minutos e 40-60 minutos;

Não tendo havido qualquer mudança na geografia das urgências de nível SUP na AML entre 1991 e 2011, e estando estas concentradas em dois concelhos, Lisboa e Almada, os resultados permitem-nos apontar (i) que o desenvolvimento da rede viária aproximou mais áreas e população das urgências SUP existentes, (ii) o aumento da população idosa se deu de forma generalizada, englobando as áreas periféricas onde o acesso geográfico é pior e (iii) a Margem Sul tem pior acesso geográfico às urgências SUP, ainda que Mafra individualmente detenha o maior número de população com tempo de viagem superior a 30 minutos.

6.2.3 Evolução do acesso geográfico aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)

Diferentemente das unidades de saúde com urgência nível SUP, aquelas com urgência de nível SUMC passaram por mudanças espaciais em todos os marcos temporais estudados, tanto através de aberturas, encerramentos ou deslocalizações entre 1991 e 2019, o que provocou importantes alterações nos tempos de viagem no espaço Metropolitano. Em virtude de mudanças recentes na geografia das urgências SUMC, consideramos 2019 o ano final da análise. Vale ressaltar que para este tipo de urgência não “fracionámos” o tempo de viagem superior a 30 minutos, como fizemos para a análise das urgências SUP, porque o tempo de viagem máximo variou entre 35 e 36 minutos, acontecimento em grande medida explicado pelo maior número de unidades de nível SUMC e sua distribuição mais desconcentrada na AML.

As mudanças mais estruturais das unidades de saúde com nível SUMC, na AML, deram-se entre 1991 e 2001, com a abertura destes serviços nos hospitais Doutor Fernando da Fonseca, na Amadora, e Curry Cabral, em Lisboa, o que provocou importantes alterações no tempo de viagem. Em 1991, apenas 34,8% da população estava até 15 minutos de uma urgência nível SUMC, passando, em 2001, para 93,6%, e se mantendo essa abrangência nos anos posteriores, bem como a classe de tempo de viagem que concentrava mais população em 1991 era a de 20-30 minutos e em 2001 passou a ser a de 5-10 minutos.

No que respeita à população com piores níveis de acesso (tempo de viagem superior a 30 minutos), verificamos que houve uma redução contínua entre 1991 e 2011, passando de 1.619 pessoas para 1.121, respectivamente. Contudo, no último período em análise, houve um incremento no número de pessoas nesta classe, passando para 1.689 pessoas. As secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos em todos os anos são as mesmas secções (tendo sofrido alterações na sua geometria) e pertencem ao Montijo. O aumento da população com pior acesso geográfico mencionado deveu-se à deslocalização do antigo hospital de Vila Franca de Xira para uma área mais periférica, refletindo-se no Montijo. (Quadro 20).

Quadro 20 - População por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) na AML, 1991-2019

Tempo de Viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	278004	11,03	831757	31,23	799149	28,32	636794	22,57
5-10min	209988	8,33	1122910	42,16	1181659	41,87	1266428	44,88
10-15min	390758	15,50	539796	20,27	596354	21,13	684866	24,27
15-20min	799466	31,72	106269	3,99	178874	6,34	170611	6,05
20-30min	840861	33,36	61462	2,31	64719	2,29	61488	2,18
>30	1619	0,06	1418	0,05	1121	0,04	1689	0,06
Total	2520696	100	2663612	100	2821876	100	2821876	100

Após 2001, as mudanças espaciais das unidades de saúde com urgência SUMC estão relacionadas com as deslocalizações dos hospitais de Cascais (entre 2001-2011) e de Vila Franca de Xira (antigo Hospital Reynaldo dos Santos), abertura da urgência no Hospital Beatriz Ângelo e o encerramento da urgência do Curry Cabral (entre 2011-2019). Contudo, estas mudanças na geografia das urgências de nível SUMC parecem não ter provocado alterações tão profundas no tempo de viagem quanto aquelas processadas entre 1991 e 2001.

A deslocalização do antigo hospital de Cascais melhorou o tempo para parte da população de Mafra e Sintra, mas são concelhos que em 2019 ainda mantêm áreas com tempos elevados a uma urgência SUMC dada também a dimensão dos dois concelhos. O encerramento da urgência Curry Cabral não provocou uma elevação acentuada do tempo de viagem, em virtude da simultânea abertura do hospital Beatriz Ângelo, também

próximo a Lisboa. Apenas a deslocalização do antigo hospital de Vila Franca de Xira fez com que voltasse este concelho a ter área com tempo elevado a uma urgência SUMC em 2019 (20-30 minutos) e ficado a mais de 30 minutos de mais população do Montijo (Figuras 20, 21, 22, 23)

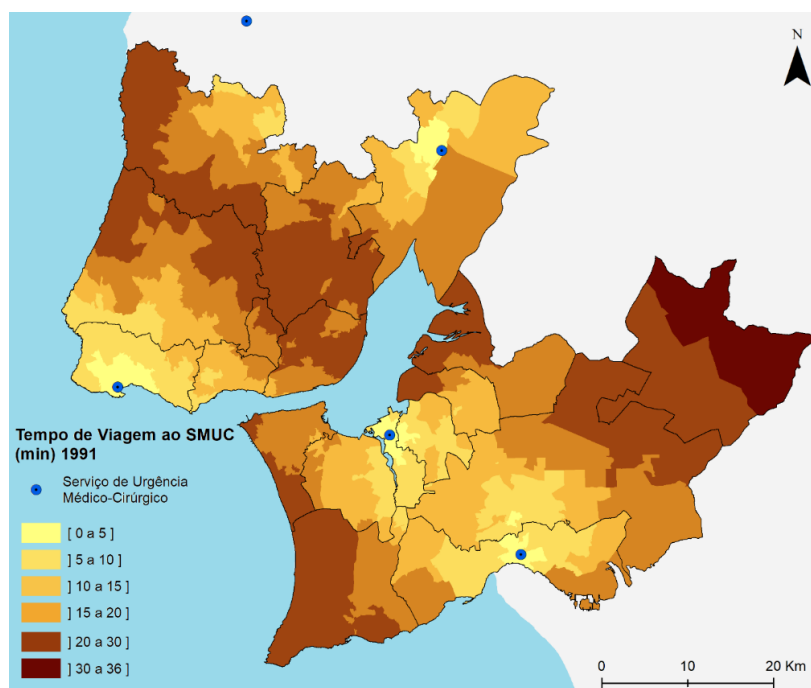


Figura 20 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 1991

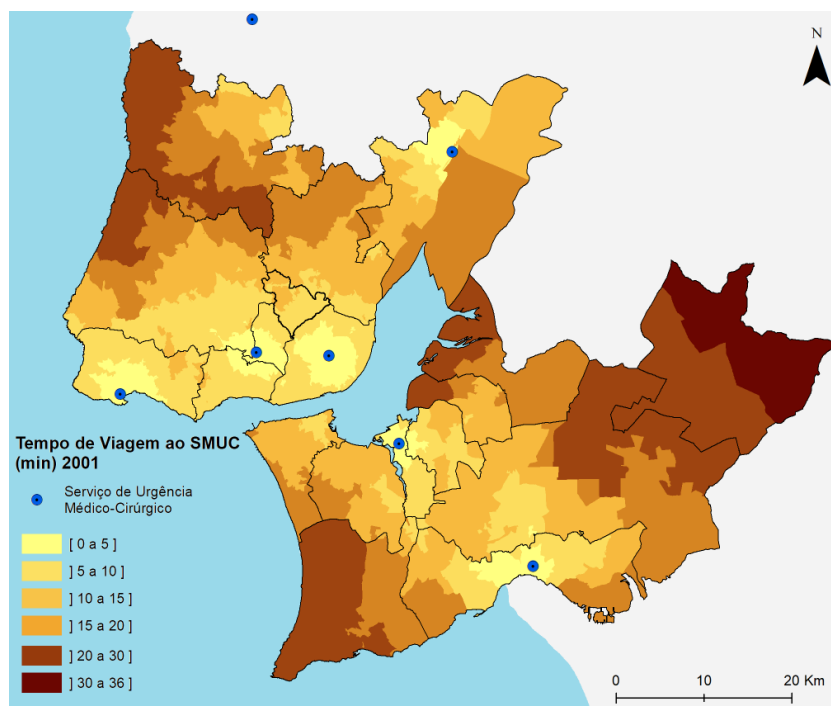


Figura 21 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 2001

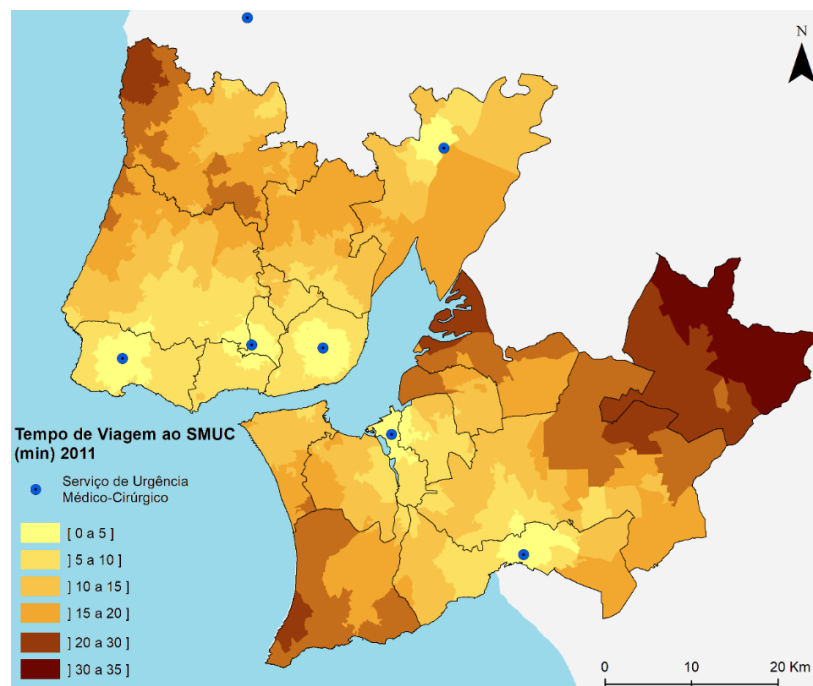


Figura 22 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 2011

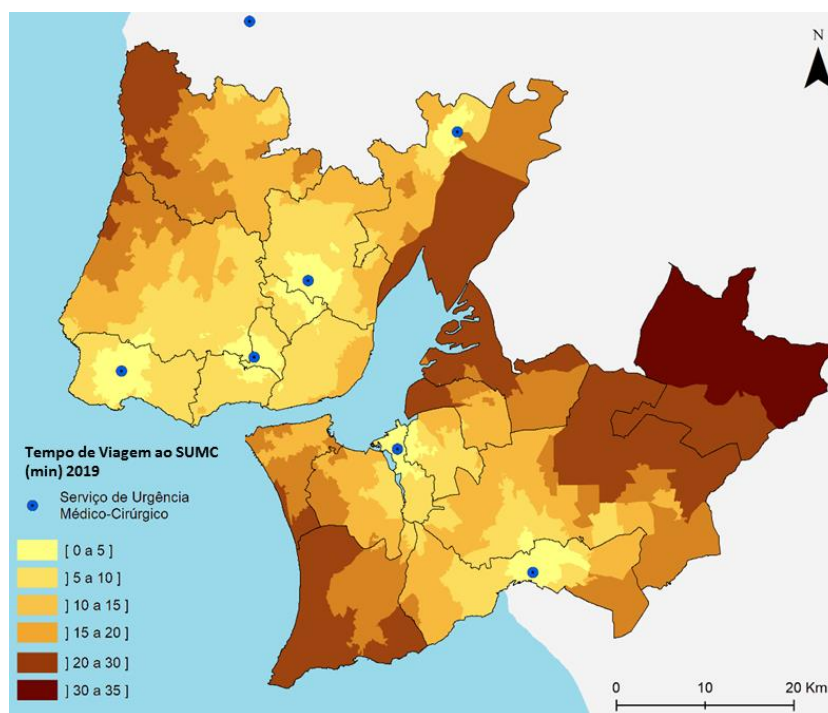


Figura 23 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico na AML, 2019

Em 1991 onze concelhos tinham áreas inseridas na classe 20-30 minutos, exceto Cascais, Oeiras, Setúbal, Moita, Seixal e Barreiro, em virtude da proximidade às urgências SUMC existentes. A partir de 2001, com a abertura das urgências SUMC no Hospital Fernando da Fonseca e Curry Cabral, há uma melhoria generalizada do acesso, em especial na margem Norte, mas beneficiando também a margem Sul, em virtude da melhoria da

acessibilidade ainda na década de 1990, com a inauguração da Ponte Vasco da Gama e do comboio na Ponte 25 de Abril. Desde então, reduziram-se os concelhos com tempo de viagem superior a 15 minutos a uma urgência SUMC, são eles: Sesimbra, Almada, Montijo, Palmela, Alcochete, Mafra, Sintra e Vila Franca de Xira. Destes, destaca-se o Montijo com pior acesso a uma urgência SUMC, único concelho com população com tempo de viagem superior a 30 minutos.

No que respeita à população idosa, em 1991, aproximadamente 30% encontrava-se até 15 minutos de uma urgência SUMC, passando essa cobertura para a faixa dos 90% nos anos posteriores, constatando-se assim uma melhoria geral nos tempos de viagem a estes serviços por parte deste grupo de população. Enquanto em 1991 a classe com a maior peso era a de 20 a 30 minutos, nos anos seguintes são as classes até 10 minutos que concentram maior percentagem de idosos. (Quadro 21).

Quadro 21 - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) na AML, 1991-2019

Tempo de Viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	33307	10,76	152746	37,25	164240	31,96	115490	22,48
5-10min	22749	7,35	167196	40,78	211887	41,24	231957	45,14
10-15min	38019	12,28	63252	15,43	98385	19,15	126857	24,69
15-20min	103616	33,46	16206	3,95	27760	5,40	28476	5,54
20-30min	111644	36,05	10244	2,50	11204	2,18	10551	2,05
>30	324	0,10	390	0,10	366	0,07	511	0,10
Total	309659	100	410034	100	513842	100	513842	100

Quanto aos piores tempos de viagem às urgências SUMC (superiores a 30 minutos), registamos um aumento e uma redução intercalados do número de população idosa, como podemos observar no Quadro 21. Regista-se que em 2019 há mais idosos em áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos do que em 1991. Chamamos atenção para a transição mais recente apresentar piores resultados quando analisamos o melhor tempo de viagem (até 5 minutos) e o pior (superior a 30 minutos), com uma diminuição e aumento do número de população nestas classes, respectivamente.

Em relação às faixas etárias dos 0 a 19 anos e 20 a 64 anos os resultados não são muito diferentes dos encontrados para a população em geral, bem como para os da população

idosa. Em 1991, cerca de 35% da população dos dois grupos tinha acesso a um SUMC em até 15 minutos, havendo um grande salto na passagem para 2001, passando esses valores para cerca de 93% (Quadros 22 e 23).

Quadro 22 - População entre 0 e 19 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) na AML, 1991-2019

Tempo de Viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	76600	11,51	158264	28,54	152173	26,18	129624	22,30
5-10min	57792	8,68	235861	42,53	246842	42,47	263854	45,40
10-15min	110202	16,56	124024	22,36	128052	22,03	136717	23,52
15-20min	203333	30,56	23237	4,19	39862	6,86	37242	6,41
20-30min	217161	32,63	13010	2,35	14139	2,43	13535	2,33
>30	376	0,06	231	0,04	159	0,03	255	0,04
Total	665464	100	554627	100	581227	100	581227	100

Quadro 23 - População entre 20 e 64 anos por classe de tempo de viagem ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) na AML, 1991-2019

Tempo de Viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	168097	10,88	520747	30,68	482736	27,96	391680	22,68
5-10min	129447	8,38	719474	42,39	722930	41,87	770617	44,63
10-15min	242537	15,69	351429	20,71	369917	21,42	421292	24,40
15-20min	492517	31,87	66826	3,94	111252	6,44	104893	6,07
20-30min	512056	33,13	37853	2,23	39376	2,28	37402	2,17
>30	919	0,06	797	0,05	596	0,03	923	0,05
Total	1545573	100	1697126	100	1726807	100	1726807	100

Assim, como vimos nos resultados apresentados para a população idosa, em 1991, as duas classes com mais representação da população de 0 a 19 anos e de 20 a 64 anos são as classes de 15-20 minutos e 20-30 minutos. A partir de 2001 esta situação transforma-se com a classe até 10 minutos concentrando mais população nos anos seguintes.

Quanto aos tempos de viagem acima de 30 minutos, verificamos que na faixa de 0 a 19 anos e na de 20 a 64 anos se registou uma diminuição contínua no número de efetivos entre 1991 e 2011. Por sua vez, à semelhança do observado para a população em geral, entre 2011 e 2019 regista-se um aumento da população das faixas etárias de 0 a 19 anos e de 20 a 64 anos, nesta classe de tempo de viagem, paralelamente à redução da população destes grupos na classe de tempo até 5 minutos.

Deste modo, constitui evidência que:

- As mudanças na rede de serviços de urgência na passagem de 1991 e 2001 foram aquelas que mais imprimiram alterações nos tempos de viagem da população da AML às urgências de nível SUMC;
- A partir de 2001, a classe de tempo de viagem até 10 minutos concentra mais população da AML, quando em 1991 era a classe 20-30 minutos, repetindo-se este resultado também nos três grupos etários analisados;
- A melhoria do acesso foi mais evidenciada nos concelhos da margem Norte devido às alterações na rede de urgência SUMC se ter dado apenas neste espaço;
- As mudanças no tempo de viagem na margem Sul são um reflexo das alterações da rede na margem Norte associada à expansão dos eixos viários;
- Os concelhos que tiveram uma melhoria do acesso, entendida como ter deixado de ter população com tempos de viagem superiores a 20 minutos a uma urgência SUMC entre 1991 e 2019, foram Lisboa, Loures e Amadora;
- Os concelhos que em 1991 e em 2019 continuaram a ter população com mais de 20 minutos de tempo de viagem foram Mafra, Sintra, Vila Franca de Xira, Alcochete, Almada, Montijo, Palmela e Sesimbra, ainda que tenha havido uma diminuição da população nesta classe de tempo em todos estes concelhos;
- O Montijo, que regista o pior acesso geográfico, é o único com população a mais de 30 minutos de uma urgência SUMC;
- A transição mais recente é aquela com pior resultado para os três grupos etários, quando nos atemos às classes com melhores e piores tempos de viagem (até 5 minutos e superior a 30 minutos), havendo uma redução de população no melhor tempo simultânea com o aumento no pior tempo.

Capítulo 7 - Privação Material na Área Metropolitana de Lisboa e Acesso Geográfico aos Serviços de Urgência

“A acumulação de capital e miséria andam de mãos dadas, concentradas no espaço.”

David Harvey

O acesso equitativo a recursos e oportunidades está na base das preocupações da justiça espacial. Em muitos casos, as melhorias nas condições de vida e a distribuição dos serviços foram distribuídas de maneira desigual entre indivíduos, grupos e áreas geográficas (Stiglitz, 2012; Bauman, 2013) com possíveis consequências para a saúde de grupos vulneráveis.

De fato, existem evidências crescentes de associações entre localização residencial em áreas socialmente carentes e: (i) condições de saúde como doenças cardíacas (Macintyre *et al.*, 2001; Allender *et al.*, 2012), doenças gastrointestinais (Roberts *et al.*, 2008; 2014), doenças respiratórias (Blain *et al.*, 2014; Chan, *et al.*, 2014), tuberculose (Álvarez-Hernández *et al.*, 2010; Apolinário *et al.*, 2017), doenças infecciosas (Semenza, Suk e Tsovala, 2010) e parasitárias (Santana *et al.*, 2015a), doenças hepáticas crônicas (Santana *et al.*, 2015a) e diabetes (Santana *et al.*, 2015a; Schmitz *et al.*, 2009); (ii) mortalidade (Vandenhede *et al.*, 2014; Almendra, Santana e Vasconcelos, 2017; Ribeiro *et al.*, 2017), mortes prematuras e evitáveis (Marí-Dell’Olmo *et al.*, 2015; Hoffmann *et al.*, 2014), incluindo lesões acidentais (Burrows *et al.*, 2012), mortes relacionadas ao álcool (Erskine *et al.*, 2010); (iii) saúde mental (Loureiro *et al.*, 2019) e suicídio (Burrows *et al.*, 2010; Exeter, Boyle e Norman, 2011).

Além disso, as áreas desfavorecidas socioeconomicamente têm maior probabilidade de amplificar as condições de privação material por meio de vários mecanismos interconectados subjacentes, levando a sobreposição de “camadas” de vulnerabilidades: (i) bairros que, devido às forças do mercado habitacional e à estrutura socioespacial urbana, concentram grupos de baixa renda com maior potencial para maus resultados de saúde (White, Haas e Williams, 2012); (ii) ambientes com alta exposição a fatores de risco, como poluição do ar (Voigtländer, Berger e Razum, 2010), ruído (Evans e Marcynyszyn, 2004), moradia abaixo do padrão (Keall *et al.*, 2010; Jacobs, 2011); (iii) ambientes que desencorajam comportamentos saudáveis em virtude do desenho urbano

com baixa capacidade para a “pedonalidade” (Hirsch *et al.*, 2016; Hajna *et al.*, 2015), poucas instalações de atividade física (Van Lenthe, Brug e Mackenbach, 2005), e acesso mais difícil aos serviços de saúde (Hamano *et al.*, 2013).

O fato relevante para esta tese é que é robusta a literatura que evidencia o efeito negativo da distância-tempo na procura e utilização de serviços de saúde, sendo esses efeitos acentuados nas áreas de privação. Evidências de que o uso dos serviços de saúde varia inversamente com o aumento da distância e do tempo de viagem foram encontradas em diferentes escalas geográficas e com diferentes tipos de assistência (Henneman *et al.*, 2011; Haynes *et al.*, 1999; Sanz-Barbero, Otero García and Blasco Hernández, 2012) e e, Portugal como já mencionámos (Santana, 1996; Vaz, Ramos & Santana, 2014).

Em outro contexto, Haynes *et al.* (1999) investigaram a relação entre episódios de internação por especialidade e distância às clínicas de cirurgia geral e hospitais, no Reino Unido. Além dos episódios de internamento foram levadas em conta as características da população, no que respeita às necessidades potenciais de internamento e os serviços prestados pelas unidades de saúde. Estes autores demonstraram que controlando essas duas variáveis, que também exerceram influência sobre os episódios de internamento, a distância ao hospital provocou uma redução de 17%, 37% e 23% dos episódios de internamento por doenças agudas, psiquiátricas e geriátricas, respetivamente.

Ingram, Clarke and Murdie (1978) ao estudarem a relação entre utilização e distância às unidades de saúde hospitalares verificaram que a população que residia mais próximo ao hospital utilizou mais vezes os serviços de urgência e realizaram mais consultas externas do que as suas características individuais, sexo e idade, sugeririam, quando comparada com a população que residia mais afastada. Resultados como estes vêm demonstrando a relevância dos aspectos espaciais como elemento de “correção” nos espaços que potenciam comportamentos de riscos à saúde. Sendo um fator agravante das iniquidades na saúde a sua interseccionalidade com as áreas que reúnem características socioeconómicas desvantajosas.

Rudge *et al.* (2013) ao analisarem a utilização dos serviços de urgência verificaram que as áreas com maior privação apresentaram utilização mais baixa à medida que a distância aumentava, não havendo a mesma correspondência nos bairros mais afluentes, reforçando que os espaços onde se entrecruzam pior acesso e alta privação merecem atenção,

tornando-se fundamental para a definição de políticas territoriais comprometidas com a minimização de desigualdades socioespaciais e promoção de justiça espacial.

Neste sentido, as investigações que procuram entender as desigualdades em saúde, têm se voltado para o conteúdo social dos territórios, particularmente para a condição socioeconômica dos indivíduos (Nogueira e Remoaldo, 2013; Benzeval e Judge, 2001).

É neste quadro que a discussão sobre privação e vulnerabilidade se encaixam para traduzir as posições de vantagens e desvantagens dos indivíduos na hierarquia social e seus reflexos na saúde das pessoas, sendo cada vez mais incorporadas nas pesquisas em saúde (Nogueira, 2007; Stafford e Marmot, 2003), através de múltiplos indicadores afetos a áreas e indivíduos, provenientes, no geral, dos Censos. A procura da identificação de áreas de privação e de vulnerabilidade nos estudos em saúde advém do esgotamento, no contexto mais macro, da matriz analítica da pobreza, que a reduz a fatores puramente econômicos, que isoladamente, é manifestamente insuficiente para explicar as desigualdades e, em particular as desigualdades em saúde, (Rodrigues e Andrade, 2012) por não alcançar “[...] os efeitos contextuais que a pobreza⁶⁶ e o ambiente têm sobre os indivíduos” (Nogueira e Lourenço, 2015, p. 33).

Segundo Costa *et al.* (2015) a vulnerabilidade decorre de características socioeconômicas - pobreza, rendimento, situação perante o trabalho – e do ambiente onde as pessoas estão inseridas – densidade populacional, acesso a equipamentos e serviços, mobilidade, utilização de espaço verdes, dentre outros. Já a privação pode ser de ordem material e social (Towsend, 1987). Enquanto a primeira refere-se às características do ambiente físico e ausência de acesso a bens e serviços; a segunda está mais voltada para o não exercício de direitos de cidadania, estando a privação social mais ligada à exclusão social. Costa *et al.* (2015) ainda salientam também que enquanto a privação material pode ser “mensurada” através de indicadores diretos ligados às condições de vida, a mensuração da privação social advém de variáveis indiretas, podendo explicar o fato da primeira ser mais utilizada na maioria dos estudos em saúde, ainda que algumas investigações agrupem os dois tipos de privação (Testi e Ivaldi, 2009).

⁶⁶ “Os conceitos de pobreza podem ser analisados de dois ângulos: 1. pobreza absoluta, ou seja, a que resulta da distância que existe, por parte de algumas pessoas e de algumas famílias e de alguns grupos, em relação à satisfação de necessidades básicas; 2. pobreza relativa, ou seja a diferença em relação a padrões de vida tidos por minimamente dignos em casa sociedade” (Capucha, 2001, p. 176).

A pobreza e a privação, seja ela material e/ou social, tem associação direta com os resultados em saúde, podendo-se afirmar genericamente, como ressaltou Santana, Freitas e Almendra (2015) que há uma degradação da saúde ou aumento da mortalidade com a diminuição de rendimento, situação piorada para indivíduos em condição de desemprego e entre aqueles com pouca instrução, acentuando-se entre os que não sabem ler e escrever. Sendo a privação material e social considerada pela World Health Organization (WHO, 2008) como uma determinante social que merece bastante atenção quando se deseja conhecer para intervir em áreas que apresentam riscos potenciais à saúde da população.

Em Portugal a privação material e/ou sociomaterial vem sendo cada vez mais incorporada nos estudos em saúde, destacando-se os trabalhos que buscaram relacionar a privação com mortalidade prematura (Nogueira, 2016), os territórios amplificadores de risco ou promotores de saúde (Nogueira, 2009), a saúde autoavaliada (Nogueira, Santana e Santos, 2006; Nogueira, Santos e Santana, 2007), a mortalidade por suicídio (Santana, *et al.*, 2015b) e a prevalência da Diabetes Mellitus (Santana *et al.*, 2014).

Como foi demonstrado, a situação de vulnerabilidade condiciona a capacidade de acesso aos cuidados de saúde (Remoaldo & Machado, 2008), assim como a disponibilidade de equipamentos com prestação de serviço de saúde, podendo as barreiras ao acesso serem minimizadas, exercendo os aspectos espaciais uma importante função neste processo.

Neste quadro, este capítulo objetiva identificar as áreas potencialmente vulneráveis na AML nos períodos 1991, 2001 e 2011, através de um Índice de Privação Material (IPM), com o intuito de analisar o comportamento espaciotemporal deste fenômeno, visto que estudiosos têm comprovado haver uma relação direta entre áreas de privação material e piores resultados em saúde (Nogueira, 2009; Machado, *et al.*, 2006; Carstairs, 1995). Num segundo momento, o objetivo é relacionar a evolução da privação material com a evolução dos tempos de viagem aos serviços de urgência na AML.

No que diz respeito à evolução temporal do IPM, a nossa análise é para 1991, 2001 e 2011. Contudo, a análise do cruzamento entre privação material e tempo de viagem estende-se até 2019. No entanto, repetimos os resultados do índice de privação de 2011 para 2019, mas a rede dos serviços de urgências será a de 2019. Este período “entre censos” inviabilizou que a análise fosse realizada de outra maneira. Contudo, apesar deste “congelamento” do Índice de Privação com dados de 2011, consideramos relevante o cruzamento do tempo de viagem, com base na rede de urgência de 2019, com a privação material,

com dados de 2011, mesmo sabendo que muitas mudanças se processam no seio de uma década, sobretudo, uma década que terá o rebatimento dos anos de crise e pós-crise.

Antes de apresentarmos e discutirmos o cruzamento dos tempos de viagem e a privação material entre 1991 e 2019 na AML, julgamos pertinente apresentar como a privação material tem evoluído no território Metropolitano, os concelhos que mantiveram, melhoraram e pioraram sua condição face à privação material.

7.1 Evolução da privação material na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2011

Ao analisarmos a dinâmica da privação material na AML entre 1991 e 2011 verificamos que, com a exceção da classe de privação Baixa todas as outras apresentaram alternância entre crescimento e retração populacional ou o contrário, dentro do período analisado, tendo o mesmo comportamento as classes dos extremos (Muito Baixa e Muita Alta) e as de privação Média e Alta. O balanço de todo o período mostra que entre 1991 e 2011 houve uma piora das condições de privação nas classes dos extremos, pois em 2011 face a 1991 havia mais população em área de privação Muito Alta e menos nas áreas de Muito Baixa privação, daí o nosso interesse na análise mais profunda destas duas classes nos períodos de transição, bem como seu rebatimento espacial. Já as condições nas demais classes melhoraram com incremento populacional nas áreas de privação Baixa e Média e diminuição na de Alta privação. Porém, os períodos de transição 1991-2001 e 2011-2011 apresentaram particularidades para as quais chamaremos atenção.

Destacamos ainda que entre todas as classes de privação a Baixa é aquela que concentrou mais população em todos os anos (46,4%, em 1991, 45,9% em 2001 e 50% em 2011) e a classe de privação Muito Alta a que detinha menos população (5% em 1991, 4,5% em 2001 e 4,7% em 2011). (Figura 24).

Na transição 1991-2001 registamos dois aspectos: (i) o pior resultado foi para a classe de privação Muito Baixa, com diminuição populacional mais acentuada do que a classe de privação Muito Alta e (ii) o incremento da classe de privação Média. Já na transição 2001-2011 há uma inversão na maioria das classes, destacando-se (i) uma retração da classe de privação Média e (ii) um aumento populacional nas classes dos extremos, de forma mais acentuada na classe de privação máxima apontando para um aumento das desigualdades extremas nesta transição.

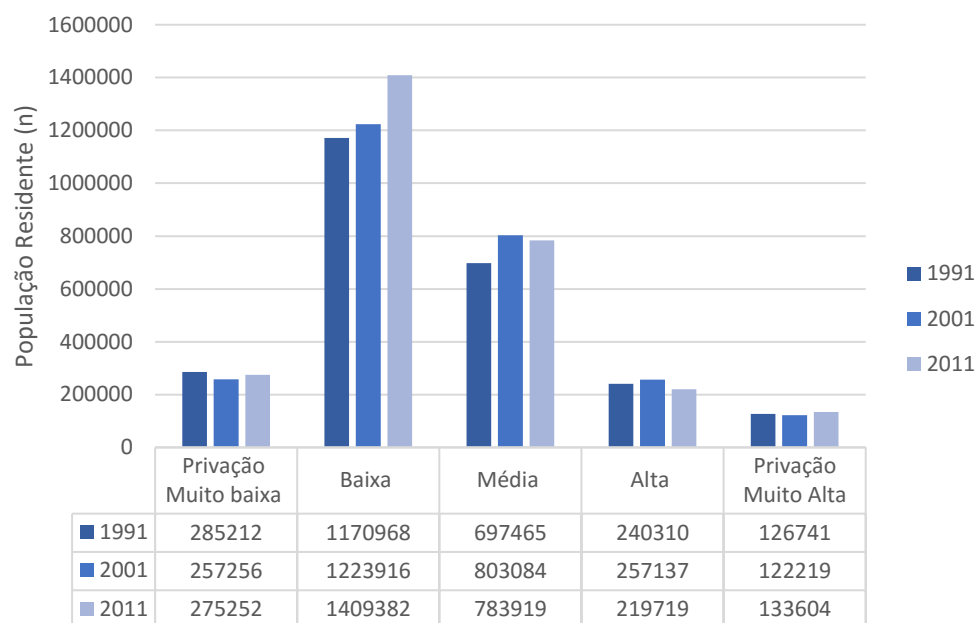


Figura 24 - Evolução da população residente por classe de privação na AML, 1991-2011

Fonte: Censos 1991, 2001 e 2011.

Na globalidade, o fato de em 2011 haver menos pessoas em áreas de privação afluyente e mais pessoas em área de Privação Muita Alta face a 1991, deve-se, simplesmente, ao fato destas duas classes, na transição 1991-2001, terem tido melhores resultados na classe Muito Alta e na transição 2001-2011 na classe de privação Muito Baixa (Quadro 24).

Estes resultados foram confirmados pelo trabalho de Nogueira e Lourenço (2015), quando analisaram a evolução da privação socioeconômica na AML entre 2001 e 2011, demonstrando que em 2011 foi maior o aumento de pessoas a viver em área de privação máxima do que nas áreas de maior afluência, ainda que o trabalho desenvolvido por estas autoras tenha tido suporte em métodos e indicadores diferentes daqueles aqui utilizados.

Quadro 24 - Taxa de variação da população residente da AML por classe de privação, 1991-2001 e 2001-2011

Classes de Privação Material	%variação 1991-2001	%variação 2001-2011	%Variação 1991-2011
Privação Muito baixa	-9,80	7,00	-3,49
Baixa	4,52	15,15	20,36
Média	15,14	-2,39	12,40
Alta	7,00	-14,55	-8,57
Privação Muito Alta	-3,57	9,32	5,41

Fonte: INE.

Analizando o comportamento da evolução da privação material para o conjunto da população da AML, importa agora centrarmos a nossa atenção no comportamento deste fenómeno ao nível da população idosa (≥ 65 anos) e jovem (0-19 anos), no sentido de perceber a relação que a privação material estabelece com a idade⁶⁷. Nos quadros 25 e 26, apresenta-se a distribuição da população destes grupos etários nas diferentes classes de privação material, para o período de 1991 a 2011.

Quadro 25 - População entre 0 e 19 anos por classe de privação na AML, 1991-2011

Classes de Privação Material	1991			2001			2011		
	Pop Total	Pop 0-19	%	Pop Total	Pop 0-19	%	Pop Total	Pop 0-19	%
Muito baixa	285212	62601	21,95	257256	40496	15,74	275252	59433	21,59
Baixa	1170968	293740	25,09	1223916	234822	19,19	1409382	284683	20,20
Média	697465	195657	28,05	803084	181715	22,63	783919	157957	20,15
Alta	240310	71888	29,91	257137	63458	24,68	219719	46663	21,24
Muito Alta	126741	41578	32,81	122219	34136	27,93	133604	32491	24,32

Fonte: Censos 1991, 2001 e 2011.

⁶⁷ Não apresentamos a análise referente ao grupo etário 20-64 anos porque a dinâmica (aumentos e reduções e/ou constante crescimento) foram idênticos àqueles apresentados para a população no geral. Uma das razões é o fato deste grupo etário ser o mais representativo da população nos três anos da análise.

Quadro 26 - População com 65 e mais anos por classe de privação na AML, 1991-2011

Classes de Privação Material	1991			2001			2011		
	Pop Total	Pop 65+	%	Pop Total	Pop 65+	%	Pop Total	Pop 65+	%
Muito baixa	285212	48578	17,03	257256	56694	22,04	275252	44602	16,20
Baixa	1170968	143214	12,23	1223916	195572	15,98	1409382	254333	18,05
Média	697465	75979	10,89	803084	104540	13,02	783919	150358	19,18
Alta	240310	28427	11,83	257137	36142	14,06	219719	42179	19,20
Muito Alta	126741	13461	10,62	122219	17086	13,98	133604	22370	16,74

Fonte: Censos 1991, 2001 e 2011.

A análise atenta da informação permite fazer um conjunto de constatações e, com base nestas identificar padrões da evolução da incidência da privação material nestes grupos de indivíduos, que passamos a expor. Logo, importa destacar:

- Nas transições 1991-2001 e 2001-2011 houve um aumento consecutivo de idosos em todas as classes de privação, exceto na transição mais recente para a classe de privação Muito Baixa;
- A transição mais recente apresentou pior resultado para a população idosa, tendo em vista a redução deste grupo nas áreas mais afluentes, havendo em 2011 menos idosos nestas áreas do que em 1991;
- Entre 1991 e 2001 houve uma redução da população muito jovem em todas as classes de privação, movimento este continuado na transição mais recente, exceto pelas classes de privação Muito Baixa e Baixa;
- Entre 1991 e 2011 houve uma redução generalizada da população muito jovem em todas as classes de privação, havendo em 2011 menos população deste grupo em todas as classes face a 1991.

As transições apontam para uma melhoria da condição da população muito jovem, em virtude do aumento populacional apenas nas duas melhores classes de privação. Ressaltamos que a diminuição da população jovem em todas as classes, em 1991-2001, é também reflexo da diminuição deste grupo etário no conjunto da AML neste período. Já na população idosa, grupo etário com crescimento constante entre 1991 e 2011, destacamos a piora das suas condições na AML, sobretudo, na transição mais recente na qual as diferenças entre as classes de privação Muito Baixa e Muita Alta reduziram-se, em virtude do aumento dos idosos nas áreas de privação máxima.

Tão importante quanto a evolução da privação material para o conjunto da população e sua repartição em grupos etários, é sua distribuição no espaço Metropolitano. A análise aproximada da evolução do IPM por concelhos em 1991, 2001 e 2011, apontou importantes dinâmicas que gostaríamos aqui de destacar. Logo tentaremos responder às seguintes questões: Que padrões de distribuição se observam nos três anos? Que grandes mudanças se registaram entre 1991 e 2011? Que fatores podem justificar a evolução da privação material?

Embora a classe de privação Muito Baixa represente as áreas com os valores mais baixos de desempregados (%), analfabetos (%) e alojamento sem banho (%), indicando os melhores resultados alcançados quando detetamos aumento da população nessas áreas, os resultados positivos não se registam apenas ao nível do incremento desta classe de privação, assim como também não apenas na diminuição de pessoas em áreas de privação Muito Alta. No entanto, a dinâmica populacional nestas duas classes não deixa de ser um bom indicador para inferir sobre o potencial melhoramento ou deterioração das condições em que vive uma determinada população, ainda mais tendo essas duas classes apontado para uma piora das condições de privação na AML entre 1991 e 2011. Logo, nos ateremos a estas duas classes para discutir os concelhos que apresentaram melhores e piores resultados em termos de privação.

Tendo em conta as classes dos extremos do IPM são evidentes as disparidades entre as duas margens da AML, com a Margem Sul apresentando valores mais baixos de população e secções nas áreas mais afluentes e mais elevados nas áreas com privação máxima nos três períodos da análise (Quadro 27).

Quadro 27 - Peso da população e secções das Margens Norte e Sul nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta no total da população e secção de cada Margem da AML, 1991-2011

	1991		2001		2011	
	Secções (%)	Pop(%)	Secções(%)	Pop(%)	Secções(%)	Pop(%)
Privação Muito Baixa						
Margem Norte	15,25	14,70	13,71	12,39	13,48	12,69
Margem Sul	2,44	1,39	2,89	2,22	2,52	2,06
Privação Muito Alta						
Margem Norte	3,18	3,70	3,36	3,76	3,45	3,80
Margem Sul	8,73	8,93	6,41	6,85	7,32	7,18

Fonte: INE.

Como se pode observar pela tabela acima, a discrepância entre as duas Margens é ainda maior na classe de privação Muito Baixa, sendo efetivamente bastante reduzido o peso das secções e da população da Margem Sul inseridas nestas áreas. Contudo, o comportamento das classes de privação Muito Baixa e Muito Alta nas duas Margens mostrou particularidades nas transições temporais, evidenciadas pela análise da taxa de variação da população (Quadro 28).

Quadro 28 - Taxa de Variação da população das Margens Norte e Sul da AML nas classes de Privação Muito Baixa e Muito Alta, 1991-2011

	%variação 1991-2001	%variação 2001-2011	%Variação 1991-2011
Muito Baixa			
Margem Norte	-12,65	7,37	-6,20
Margem Sul	78,41	1,23	80,61
AML	-9,80	7,00	-3,49
Muito Alta			
Margem Norte	5,20	6,12	11,64
Margem Sul	-14,24	14,08	-2,16
AML	-3,57	9,32	5,41

Fonte: INE, 1991, 2001 e 2011.

As transições 1991 e 2001 demonstraram que houve uma diminuição das desigualdades na AML, conduzida, sobretudo, pela melhoria das condições de vulnerabilidade na Margem Sul, com a diminuição da população em áreas de privação máxima e elevado aumento nas áreas mais afluentes, tendo nesta transição a Margem Norte apresentado resultados inversos para as duas classes. Já na transição mais recente houve um aumento das desigualdades, “conduzida” também pela Margem Sul, mas desta vez pelo aumento mais acentuado de população em área de privação Muito Alta e baixo crescimento da população em área de privação Muito Baixa, enquanto a Margem Norte apresentou um aumento da população nas áreas de privação Muito Baixa e Muita Alta, mas menos acentuado nesta última.

A espacialização do IPM na AML (1991) revela, à primeira vista, uma concentração da privação Muito Alta nas áreas mais periféricas na Margem Sul e no “cinturão” à volta de Lisboa, na Margem Norte. A observação de grandes manchas de maior privação na Margem Sul, englobando, sobretudo, os concelhos de Montijo e Palmela, visualmente, sugerem que nesta Margem há piores resultados em termos de privação material.

Contudo, essas grandes “manchas” de Muito Alta privação material devem ser interpretadas com cuidado, podendo ser lidas como “outlier” visual, devido serem áreas de baixa densidade populacional. (Figura 25).

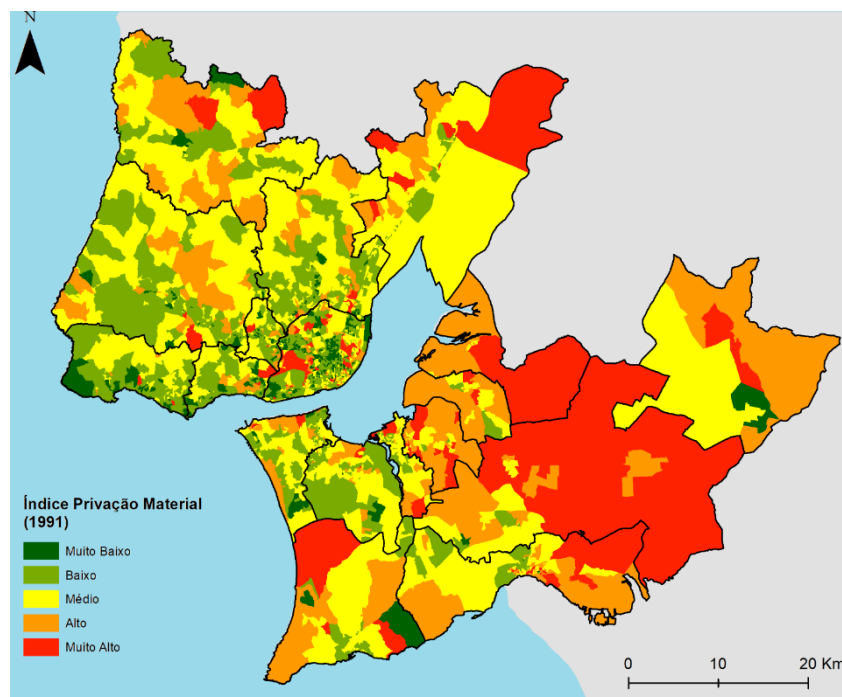


Figura 25 - Espacialização do Índice de Privação Material na AML, 1991

Fonte: Dados dos Censos, 1991.

Em 1991, os concelhos da AML que apresentaram maior peso da população em área de privação Muito Baixa foram, na Margem Norte, **Lisboa, Oeiras e Cascais**; e na Margem Sul, **Almada**, com os demais concelhos desta última Margem não alcançando 2%. Realça-se que a população em área de privação Muito Alta nos concelhos mencionados não era expressiva, destacando-se Lisboa com o maior peso (6,4%). Assim, estes concelhos apresentavam as melhores condições em termos de privação na AML. Por sua vez, os concelhos com maior peso da população em área de privação máxima foram: **Lisboa, Mafra e Vila Franca de Xira**, na Margem Norte, e **Alcochete, Setúbal, Moita e Montijo**, na Margem Sul. Destes, destacamos como concelhos com maior vulnerabilidade os concelhos da Margem Sul dada a sua conjugação com o muito baixo peso da população em área de privação afluyente ou mesmo a sua ausência. (Quadro 29).

Quadro 29 - População nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta por concelhos da da AML, 1991

Concelhos	Muito Baixa		Muito Alta	
	Pop (n)	% conc	Pop (n)	% conc
Lisboa	161637	24,4	42181	6,4
Loures	31002	9,6	5200	1,6
Mafra	2095	4,8	2239	5,1
Oeiras	33478	22,1	5459	3,6
Sintra	16242	6,2	1744	0,7
Amadora	16131	8,9	4411	2,4
Cascais	15716	10,3	3027	2
Vila F. de Xira	0	0	5304	5,1
Almada	5272	3,5	3114	2,1
Palmela	601	1,4	13577	31
Seixal	683	0,6	2426	2,1
Barreiro	0	0	3180	3,7
Sesimbra	454	1,7	759	2,8
Montijo	613	1,7	4229	11,7
Alcochete	0	0	2231	21,9
Moita	0	0	10404	16
Setúbal	1288	1,24	17256	16,7

Fonte: INE, 1991.

Contudo, a transição 1991-2001 provocou mudanças na espacialidade da privação material da AML, que resultou de quatro marcos que aqui destacamos:

- A melhoria verificada na Margem Sul com o aumento da população nas áreas mais afluentes deu-se em Almada, Seixal, Setúbal e Barreiro, tendo este último passado a apresentar áreas inserida na classe de privação Muito Baixa apenas em 2001;
- Ainda nesta Margem, a retração da população em área de privação máxima abrangeu os concelhos de Alcochete, Sesimbra, Setúbal, Palmela e Moita, estes últimos três lideravam em 1991 aqueles que destacamos como os de mais vulnerabilidade. Dos demais concelhos, que ao contrário destes viram aumentar a população nesta classe, destacou-se Almada, passando de 2,1% da população em área de privação máxima para 5,2% em 2001;
- Na Margem Norte, a retração verificada da população em área de privação Muito Baixa deu-se em Loures, Mafra, Sintra, Amadora, Oeiras e Lisboa, nesta ordem, ou seja, mais acentuada em Loures tendo apresentado uma taxa de variação de 65% e menos acentuada em Lisboa com taxa de -9,63%;

- Quanto ao aumento da população em área de privação Muito Alta, na Margem Norte deu-se na Amadora, Loures e Sintra, nesta ordem. Entre 1991 e 2011, na Amadora passou de 2,4% para 7,5% a população a viver em áreas de privação máxima. Este aumento foi também acentuado em Loures (1,6% para 5,2%).

Os resultados espaciais destas dinâmicas do IPM na AML são visualmente mais evidentes na Margem Sul, com a retração de áreas pertencentes à classe de privação Muito Alta, sobretudo nos concelhos de Palmela, Moita e Alcochete (Figura 26). É importante destacar que o aumento ou diminuição de população nas classes de privação não implicam, necessariamente, o mesmo movimento no número de secções, logo essas dinâmicas populacionais nas classes de privação podem não ser tão visíveis nas figuras apresentadas.

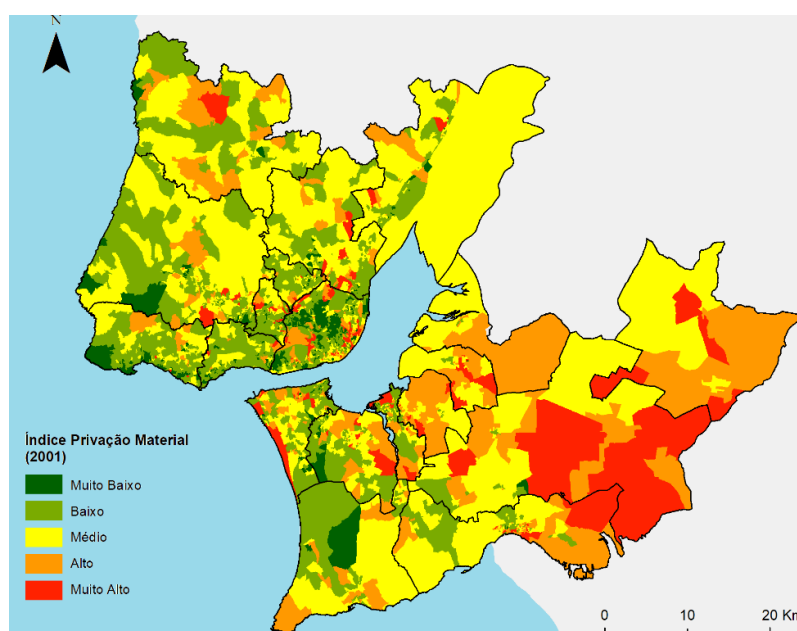


Figura 26 - Espacialização do Índice de Privação Material na AML, 2001

Fonte: Dados dos Censos, 2001.

Como resultante da primeira transição, em 2001, os concelhos que apresentaram maior peso da população em área de maior afluência foram, na Margem Norte, os mesmo de 1991, **Lisboa, Oeiras e Cascais**, mesmo os dois primeiros que apresentaram uma retração da população nestas áreas entre 1991 e 2001, como vimos. Estes concelhos também desfrutavam do baixo peso da população em áreas de privação Muito Alta. Na Margem Sul, esta constatação não é tão direta. Apesar da melhoria verificada na primeira transição, com aumento da população em áreas de privação Muita Baixa e redução em privação Muito Alta, em 2001, com exceção de Sesimbra, todos os concelhos tinham mais

população nesta última classe. Deste modo, destacamos **Sesimbra** com o melhor resultado, e **Almada e Seixal** pela proximidade entre os pesos da população em privação Muito Baixa e Muita Alta.

Já os concelhos com alto percentual de população em área de privação Muito Alta, na Margem Norte, foram Lisboa, **Amadora e Loures**. Lisboa aparece com melhor e pior resultado em privação material em virtude do maior percentual da população nas duas classes em análise, mas com grande disparidade entre elas, apresentando muito mais população em área de privação Muito Baixa. Contudo, no seu conjunto, Amadora e Loures, são aqueles que consideramos apresentar mais vulnerabilidade, dada a proximidade entre os pesos da população em privação máxima e de maior afluência, embora tenha em termos absolutos e percentuais valores mais reduzidos do que Lisboa. No que respeita à Margem Sul, **Montijo, Palmela e Setúbal** combinavam os pesos mais elevados de população em privação Muito Alta e Muito Baixa de população em área de afluência, com percentual que não alcançou 1,5%, sendo mesmo inexistente no Montijo (Quadro 30).

Quadro 30 - População nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta por concelhos da AML, 2001

Concelhos	Muito Baixa		Muito Alta	
	Pop (n)	%	Pop (n)	%
Cascais	17568	10,3	1906	1,1
Lisboa	146076	25,9	35634	6,3
Loures	10755	5,4	10412	5,2
Mafra	1212	2,2	494	0,9
Oeiras	27669	17,1	4767	2,9
Sintra	11068	3	2999	0,8
Vila F. de Xira	5582	4,5	3070	2,5
Amadora	13299	7,6	13277	7,5
Odivelas	8129	6,1	624	0,5
Alcochete	0	0	0	0
Almada	8102	5	8323	5,2
Barreiro	1923	2,4	3818	4,8
Moita	0	0	2621	3,9
Montijo	0	0	7367	18,8
Palmela	460	0,9	7663	14,4
Seixal	3709	2,5	4701	3,1
Sesimbra	259	0,7	0	0
Setúbal	1445	1,27	14543	12,8

Fonte: INE, 2001.

Como já foi mencionado, a transição mais recente é marcada pelo aumento simultâneo da população em áreas de privação Muita Baixa e Muito Alta nas duas Margens da AML, com crescimento mais acentuado da população em área de privação máxima na Margem Sul, e crescimento mais acentuado da população em áreas mais afluentes na Margem Norte. Sobre as alterações nos concelhos da AML, impressas por esta dinâmica, na **transição 2001-2011**, destacamos:

- Na Margem Sul, o aumento da população em área de privação Muita Baixa foi conduzida por Alcochete, Setúbal e Palmela, com destaque para este último, no qual o peso da população nesta classe passou de 0,9% para 3%. Dos demais concelhos destaca-se o Montijo, que não apresentou população na classe de privação Muito Baixa nesta transição e Moita em nenhum dos anos da análise;
- Quanto ao aumento da população em área de privação Muito Alta, este ocorreu em Palmela, Alcochete, Almada e Moita, sendo muito acentuado neste último, passando em 2011 para 9,5% a população a viver em área de privação máxima, quando este peso era de 3,9% em 2001;
- Na Margem Norte os concelhos responsáveis pelo incremento populacional das áreas de privação Muito Baixa foram: Loures, Oeiras, Cascais, Vila Franca de Xira e Odivelas. Nesta destacam-se Loures, que passou de 5,4% para 9,5% da população nestas áreas, e Oeiras, com uma mudança de 17,1% para 24,9%;
- Finalmente, os concelhos desta Margem Norte que apresentaram aumento da população em área de privação Muito Alta foram Odivelas, Loures, Sintra, Amadora, Vila Franca de Xira e Oeiras, destacando-se os quatro primeiros, naquela ordem, com crescimento mais acentuado.

As mudanças em termos de privação material nos concelhos da AML refletiram-se no posicionamento dos concelhos na lista daqueles que apresentaram melhores e piores resultados em 2011. Espacialmente podemos observar de forma mais imediata o aumento das áreas em privação máxima na Margem Sul nos concelhos de Palmela e Moita e de privação Muito Baixa em Almada e Palmela. Já na Margem Norte destacam-se Loures e Oeiras nesta ordem, das classes de privação (Figura 27).

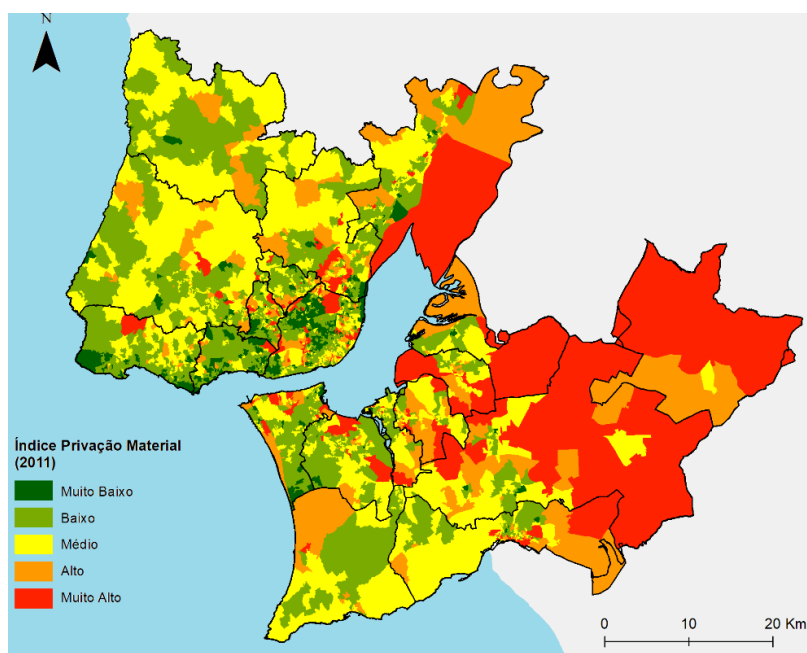


Figura 27 - Espacialização do Índice de Privação Material na AML, 2011

Fonte: Dados dos Censos, 2011.

Deste modo, resultante da transição mais recente, temos na Margem Norte, os concelhos de **Lisboa, Oeiras e Cascais** novamente com os melhores resultados, conjugando os pesos mais elevados da população em área de privação Muito Baixa e os valores mais baixos de população em área de privação máxima. Nestes “moldes” não se encaixa nenhum concelho da Margem Sul, tendo em vista que todos apresentaram em 2011 peso mais elevado de população em área de privação máxima do que em área de privação mais afluyente, apesar das melhorias das condições de privação naquela margem, sobretudo na transição 1991-2001. Ainda assim, destacamos **Almada, Sesimbra, Barreiro e Seixal** com percentuais menos discrepantes entre as duas classes em análise. Logo, na Margem Sul, os concelhos com piores resultados foram definidos pelas discrepâncias muito acentuadas entre as classes de privação Muito Baixa e Muita Alta, sendo estes **Palmela, Montijo e Setúbal**. Já na Margem Norte, com os piores resultados, destacaram-se **Amadora e Loures**, detendo estes concelhos o maior peso de população em área de privação máxima. A população em privação máxima nestes concelhos fica apenas atrás de Lisboa em número absoluto, sendo concelhos com grandes quantitativos populacionais e elevada densidade demográfica, localizados na “periferia” adjacente a Lisboa e de grande relevância metropolitana (Quadro 31).

Quadro 31 - População nas classes de privação Muito Baixa e Muito Alta por concelhos da da AML, 2011

Concelhos	Muito Baixa		Muito Alta	
	Pop (n)	% conc	Pop (n)	% conc
Cascais	22788	11	953	0,5
Lisboa	133928	24,5	28357	5,2
Loures	19540	9,5	15753	7,7
Mafra	1660	2,2	0	0
Oeiras	42851	24,9	4775	2,8
Sintra	8727	2,3	4185	1,1
Vila F. de Xira	7576	5,5	3494	2,6
Amadora	10963	6,3	16564	9,5
Odivelas	11125	7,7	3584	2,5
Alcochete	477	2,7	1217	6,9
Almada	7294	4,2	9695	5,6
Barreiro	1557	2	3104	3,9
Moita	0	0	6298	9,5
Montijo	0	0	7197	14,1
Palmela	1919	3,1	11857	18,9
Seixal	2849	1,8	5702	3,6
Sesimbra	0	0	93	0,2
Setúbal	1998	1,64	10776	8,9

Fonte: INE, 2011.

A análise destes dados permite indicar uma tendência de diminuição da população em área de afluência no concelho de Lisboa, embora a população nesta classe tenha um peso elevado. No mais, vem apresentando também uma diminuição da população em privação máxima. Ainda na Margem Norte, a zona Oeste a Lisboa, englobando particularmente os concelhos de Oeiras e Cascais, é a que apresentou uma melhoria em termos de privação, com destaque para Cascais com um aumento contínuo da população em área de afluência e redução contínua em área de privação máxima. Destacamos ainda, apesar da alternância entre redução e aumento da população em área mais afluente, o concelho de Mafra, que vem reduzindo a população em privação máxima, chegando na transição 2001-2011 a reduzir a zero a população nesta classe. Vale mencionar que neste período o concelho apresentou um forte crescimento demográfico (41%), sendo uma área de urbanização recente, com população menos envelhecida e com ausência de privação máxima. Quanto à margem Sul, destacou-se Almada, mas não pela sobre-representação da população em

área de maior afluência, mas tão somente pela baixa discrepância entre as classes de privação dos extremos.

Enquanto isso, Amadora e Loures, na “periferia imediata” a Lisboa, mantêm-se com elevado peso da população em área de privação Muito Alta, tendo a Amadora ainda pior resultado, aumentando a população em privação máxima e reduzindo em simultâneo em área de afluência. Ademais, junta-se Sintra com comportamento análogo ao da Amadora para as duas classes de privação, embora com valores bem mais reduzidos de população. Na Margem Sul, todos os concelhos apresentaram valores muito baixos de população em área de afluência, ainda que Setúbal, por exemplo, tenha apresentado em simultâneo e continuamente aumento e redução populacional em área de privação Muito Baixa e Muito Alta, respectivamente.

A AML sofreu grandes transformações de base económica, social, demográfica e urbanística, sobretudo após a segunda metade do século XX. A evolução das assimetrias socioespaciais na AML decorreu em duas fases ou tempos. Entre 1950 e 1970, o desenvolvimento do setor industrial atraiu centenas de migrantes internos que se estabeleceram, sobretudo, nas periferias norte de Lisboa, nomeadamente Loures e Amadora, e na Margem Sul, devido ao baixo preço do solo e ao baixo custo da habitação, muitas vezes associado a condições de precariedade e informalidade.

No último quarto do século XX, a AML sofreu mudanças ainda mais profundas devido à intensa migração de população proveniente dos Países Oficiais de Língua Portuguesa (PALOP) e de portugueses retornados, em virtude da descolonização portuguesa após a Revolução de Abril de 1974 e a entrada de Portugal na Comunidade Europeia. Foi também visível a infraestruturação do território (expansão da rede de transportes públicos e rede viária) e a expansão das áreas urbanas através do acesso à habitação própria via mercado livre, autoconstrução e loteamentos clandestinos (Barata-Salgueiro, 2002). Esses processos ligados a diferentes escalas e temporalidades configuram hoje o seu espaço metropolitano, com a transformação da sua estrutura monocêntrica assente na assimetria entre o centro consolidado e as periferias carenciadas, para a atual estrutura policêntrica e de fragmentação territorial (Malheiros, 1996; Barata-Salgueiro, 1994; 2002).

Embora o processo de valorização dos territórios se tenha estendido para fora do centro consolidado e alcançado os espaços suburbanos e periurbanos, através, por exemplo, da

expansão das estruturas rodoviárias, por ação pública, e da construção de condomínios fechados e moradias com extensas áreas de lazer do lado dos agentes privados (Barata-Salgueiro, 1997; 1998), sendo exemplo Cascais, Oeiras, Mafra, estes coexistem com territórios empobrecidos onde a cidade parece não ter chegado, dando contorno aos espaços de “não-cidade” na cidade. Deste modo, as reestruturações socioespaciais e económicas que tem ocorrido, desde a segunda metade do século XX, na AML foi geradora de desigualdades, ainda longe de serem colmatadas. No próximo capítulo apresentaremos a evolução do acesso geográfico a todos os serviços de urgência e aos níveis mais avançados, SUMC e SUP, a partir das classes de privação, focalizando os concelhos que apresentaram os melhores e piores resultados em cada período.

7.2. Acesso potencial geográfico e privação material, 1991-2019

Neste tópico analisamos o tempo de viagem para as classes de privação material na AML, por níveis de serviço de urgência. Primeiro analisamos o cruzamento entre as classes de privação material e o acesso geográfico a uma unidade de saúde com serviço de urgência, independente do seu nível; num segundo momento, consideramos no cruzamento apenas as unidades com serviço de urgência de nível SUMC, e posteriormente, a um serviço de urgência SUP. Assim, à semelhança da análise do tempo de viagem para a população não segmentada por classes do IPM, o Hospital Distrital de Torres Vedras manteve-se na análise de rede.

Esta etapa foi realizada a partir da descrição e análise de estatística básica do tempo de viagem em cada classe do IPM nos anos 1991, 2001, 2011 e 2019. O recorte temporal vai até 2019 para contemplar a rede de serviço de urgência mais atual, embora os dados de privação sejam de 2011, assim como a rede viária utilizada, como já explicamos na metodologia.

Embora tenhamos registado o tempo de viagem mínimo, máximo e médio, nos debruçamos na análise apenas sobre o tempo máximo, tendo em vista que o objetivo foi identificar os territórios onde se sobrepunham condições de vida carenciadas e pior acesso geográfico aos serviços de urgência geral ou a um nível específico, sendo estes, indicações de espaços concretos de injustiça espacial na cidade. Além disso, o tempo de viagem mínimo encontrado foi, em média, de um minuto, aparecendo este tempo em todas as classes de privação e em todos os anos analisados.

7.2.1 Privação material e acesso potencial a todos os pontos dos serviços de urgência

Ao analisarmos os tempos de viagem ao primeiro ponto do serviço de urgência (SUP, SUMC ou SUB) para as classes de privação material em 1991, verificamos que as secções que apresentaram o maior tempo de viagem pertenciam às classes de privação Alta e Muito Alta, 36 minutos e 31 minutos, respectivamente. Resultados similares foram encontrados para 2001. Já em 2011 e 2019, a classe de privação Muito Alta é aquela que apresenta o maior tempo de viagem, ocupando a classe de privação Média a segunda posição, seguida da Baixa (Quadro 32).

Quadro 32 - Tempo de viagem máximo a qualquer ponto de serviço de urgência na AML por classes de Privação Material, 1991-2019

Privação Material	Tempo de Viagem Máximo (minutos)			
	1991	2001	2011	2019
1 Muito baixa	25,7	25,2	19,3	19,0
2 Baixa	25,7	28,6	26,5	26,5
3 Média	28,9	31,2	28,6	28,6
4 Alta	36,1	36,1	26,0	26,0
5 Muito Alta	31,1	31,1	35,0	35,0

Fonte: Análise de rede

Nota: Os valores de 2011 e 2019 repetem-se em todas as classes, com exceção da classe Muito Baixa. Essa semelhança se dá pelo fato de nos dois anos os dados utilizados (rede viária e IPM) referirem-se a 2011. A diferença na classe Muito Baixa deveu-se ao encerramento do SUB Loures e abertura do Hospital Beatriz Ângelo (2012), fazendo com que a secção que apresentou tempo de viagem máximo em 2011 tenha reduzido em um minuto seu tempo de viagem e outra secção tenha ocupado o primeiro lugar, com tempo de viagem ligeiramente mais baixo do que aquele que apresentava em 2011.

Nota-se que a classe de privação Muito Alta, em 2011 e 2019 apresentou tempo de viagem máximo mais elevado do que o tempo de viagem máximo no ano de partida da análise. Além disso, apenas nestes dois anos, a classe de privação Muito Alta apresentou secções com tempo de viagem superior a 30 minutos.

A leitura das mudanças dos tempos máximos por classe de privação deve levar em conta que o processo de “empobrecimento” (passagem de secções das classes mais afluentes para as classes com mais privação) ou de “melhoramento” (passagem de secções das classes com mais privação para as classes mais afluentes) estão também na base das mudanças ocorridas nos tempos de viagem. Ao acompanharmos as secções com tempo máximo de viagem, em todas as classes para todos os anos (independente de no ano seguinte a mesma não ter apresentado tempo máximo), verificamos que as mudanças no

tempo de viagem foram pouco significativas, estando as mudanças nos tempos máximos (aumento ou redução) ligadas mais diretamente ao fato das secções terem alterado sua condição de privação ao longo do tempo. Isso quer dizer que as mudanças na geografia dos serviços de urgência ao longo deste período provocaram alterações no tempo de viagem no território Metropolitano, mas seus efeitos não foram sentidos nas secções/áreas com tempo de viagem máximo a um serviço de urgência.

Ainda que as mudanças no tempo de viagem tenham decorrido especialmente pelo fato das secções terem alterado suas classes de privação, importa chamar atenção para o fato das classes Muito Baixa e Alta serem aquelas que apresentaram as maiores reduções no tempo de viagem, no período em estudo.

Ao se espacializar as áreas com tempo de viagem máximo em todas as classes de privação verificamos que as secções pertenciam a apenas dois concelhos: Mafra e Montijo. As secções nas classes de privação Muito Baixa, Baixa e Média pertenciam sobretudo ao concelho de Mafra, com exceção apenas das secções pertencentes às classes Muito Baixa e Média em 1991 e 2001, respectivamente. Já as secções que apresentaram tempo de viagem máximo nas classes de privação Alta e Muito Alta, em todos os anos, pertenciam apenas ao concelho do Montijo. Deste modo, a partir de 2011, apenas este concelho da AML detinha áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos a um serviço de urgência.

Verificamos que as secções com tempo de viagem máximo das classes Alta e Muito Alta são praticamente as mesmas em todo o período. Este “praticamente” deve-se ao fato de entre 2001 e 2011 as secções terem sofrido modificações em sua forma/limites geográficos, implicando aumento e reduções de suas áreas, refletindo-se na localização do centroide e, conseqüentemente, na distância-tempo da secção (centroide) ao destino (serviço de urgência). Estas secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a um serviço de urgência pertencentes ao Montijo estão concentradas numa área “extrema” do concelho e de baixa densidade populacional.

O número de secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência pertencente às classes de privação Alta e Muito Alta é reduzido, três secções em 1991 e 2001, duas secções em 2011 e novamente três secções em 2019. As três secções de 1991 e 2001 são as mesmas, contudo, uma que pertencia à classe de privação Alta passou para privação Média entre 1991 e 2011, tendo as três secções nos dois anos os hospitais São Bernardo, em Setúbal, e o Hospital Reynaldo dos Santos, antigo hospital de

Vila Franca de Xira, como os mais próximos em distância-tempo. A redução de secções entre 2001 e 2011 e o fato de pertencerem as duas a classe de privação Muito Alta deu-se por duas razões: (i) a primeira está ligada à mudança na forma das secções, tendo em vista que uma das três secções com tempo de viagem acima de 30 minutos em 2001 teve grande parte de sua área incorporada noutra secção, reduzindo o seu tempo de viagem para menos de 30 minutos e (ii) e a segunda deve-se à passagem, em 2001, da secção classificada com privação Média para a classe Muito Alta. Além disso, entre 2001 e 2011, não houve nenhuma mudança nos hospitais com serviço de urgência nas proximidades do Montijo, continuando em 2011 a serem os hospitais mencionados os mais próximos. Já o aumento de duas para três secções registado entre 2011 e 2019 deveu-se à deslocalização do antigo Hospital de Vila Franca de Xira, aumentando para um pouco mais de 30 minutos o tempo de viagem para uma outra secção do Montijo, também contígua geograficamente às outras duas, elevando-se assim não só o número de secções, mas também a população em áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos.

Quando analisamos a população total presente nas secções com tempo de viagem acima de 30 minutos, face à população total da AML, entre 1991 e 2011, esta é reduzida, e em termos percentuais não ultrapassa os 5% (Quadros 33 e 34).

Quadro 33 - Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a qualquer ponto do serviço de urgência na AML, 1991-2019

Privação Material	N de secções com Tv > 30 min				População nas secções com TV > 30 min (nº)			
	1991	2001	2011	2019	1991	2001	2011	2019
Média	0	1	0	0	0	408	0	0
Alta	2	1	0	0	1052	536	0	0
Muito Alta	1	1	2	3	567	474	1121	1689
Total	3	3	2	3	1619	1418	1121	1689

Fonte: Análise de rede

Quadro 34 - Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a qualquer ponto do serviço de urgência na AML, por grupos etários, 1991-2019

Privação Material	População 0 a 19 anos nas secções com TV > 30 min (nº)				População 20 a 64 anos nas secções com TV > 30 min (nº)				População com 65 e mais anos nas secções com TV > 30 min (nº)			
	1991	2001	2011	2019	1991	2001	2011	2019	1991	2001	2011	2019
Média	0	65	0	0	0	251	0	0	0	92	0	0
Alta	235	86	0	0	594	278	0	0	223	172	0	0
Muito Alta	141	80	159	255	325	268	596	923	101	126	366	511
Total	376	231	159	255	919	797	596	923	324	390	366	511

Fonte: Análise de rede

Uma dimensão fundamental do estudo da (in)justiça espacial é a identificação de espaços de “opressão” que são sobretudo mantidos por longos períodos e que são conjugados espacialmente com diferenças de classe, gênero e raça (Soja, 2010a). Na análise, destas interseccionalidades nos aproximamos daquela ligada à classe, uma vez que o IPM é entendido como um *proxy* de condição socioeconómica. Além deste levamos em conta os grupos etários por entender que a população idosa integra os grupos vulneráveis. Assim, parece crucial na discussão sobre a (in)justiça espacial ligada ao acesso a serviço de saúde, a análise das áreas que “persistem” no tempo com população potencialmente empobrecida (inserida continuamente nas classes de privação Alta e Muita Alta), que se conjuga com o aumento do risco de incidência de enfermidades, como já vimos, envelhecida e com tempo de viagem elevado a um serviço de urgência. Deste modo, focaremos a nossa análise nas áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência e seu cruzamento com as classes de privação e grupos etários.

A população inserida em secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência apresentou uma redução contínua entre 1991 e 2011, passando de 1.619 pessoas (4,5% da população do Montijo), para 1.418 em 2001 (3,6%) e para 1.121 em 2011 (2,1%). Já entre 2011 e 2019 registou-se um aumento, sendo este o ano com maior número de pessoas em áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos (1.689 pessoas, o que representa 3,3%).

Comparativamente, o ano de 2011 é aquele que apresenta o melhor resultado, abrangendo menos população nas áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos e menor número de secções. Por outro lado, o ano de 2019 é aquele que apresenta os piores

resultados, tanto em de população como em número de secções, pois, embora apresente o mesmo número de secções em relação a 1991 e 2001, estas em 2019 pertencem apenas à classe de privação Muito Alta.

Nesta análise procuramos ainda relacionar as áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos ao serviço de urgência e as áreas de baixa e alta densidade populacional. Como o nosso objetivo não era discutir os resultados por áreas urbanas, semiurbanas e de ocupação predominante rural, como propõe o documento “Tipologia de Áreas Urbanas” (INE, 2014), utilizamos um corte mais geral das secções em apenas dois grupos (i) secções com densidade demográfica até 2000 hab./km² e (ii) secções com densidade superior a 2000 hab./km²⁶⁸. Verificamos que todas as secções com mais de 30 minutos a uma unidade de saúde com serviço de urgência estavam localizadas em áreas com baixa densidade em todos os anos.

Esta realidade agrava-se quando analisamos o peso dos idosos (65 e mais anos) no total da população inserida em áreas com mais de 30 minutos a um serviço de urgência, dado o elevado peso verificado. Em 1991, os idosos representavam 20% da população com tempo de viagem superior a 30 minutos, sendo esses valores de 27,5%, 32,6% e 30,2% em 2001, 2011 e 2019, respectivamente.

Deste modo, identifica-se um conjunto pequeno, é certo, de espaços onde diferentes tipos de vulnerabilidade se aplicam, provenham esses do tempo de viagem acima de 30 minutos ao primeiro ponto/unidade de saúde com serviço de urgência, da privação material Muito Alta, do elevado peso da população envelhecida e de baixa densidade populacional. Além disso, as áreas onde foram registrados tempos de viagem acima de 30 minutos, são áreas extensas, ligadas às atividades rurais e com baixa taxa de motorização (Marques da Costa, 2016).

A reunião destas condições, sobretudo o elevado tempo de viagem e a baixa taxa de motorização chamou a atenção para a relevância de introduzir na análise o acesso

⁶⁸ Na classificação de áreas urbanas e não urbanas proposta Lobo (1995) esses dois cortes que chamamos de forma genérica de áreas de baixa densidade (secções até 2000hab/km²) e alta densidade (secções com mais de 2000hab/km²) abrangem um conjunto de tipologias. O que referimos como áreas de baixa densidade, segundo a classificação de Lobo (1995) incluem: área rural (≤ 250 hab/km²), área rural de baixa densidade (250 a 500), área rural de alta densidade (500 a 1000) e área de muito baixa densidade (1000 a 2000); e o que referimos como áreas de alta densidade abrangem: áreas de baixa densidade (2000 a 4000hab/km²), áreas de baixa/média densidade (4000 a 8000), áreas de média densidade (8000 a 12000), áreas de média/alta densidade (12000 a 16000) e áreas de alta densidade (16000). Lobo, M. C. *et al.* (1995) Normas Urbanísticas – Princípios e Conceitos Fundamentais. Lisbon: DGOTDU-UTL.

geográfico aos meios de emergência (ambulâncias) e o acesso às unidades de saúde com serviço de urgências através daqueles meios, dado que o levantamento de outros serviços ligados à saúde nos indicaria se as áreas com maior tempo de viagem têm à disposição contrapartidas que possam funcionar para colmatar injustiças espaciais ligadas ao acesso à saúde. Foi neste sentido que incorporámos na análise o acesso geográfico aos meios de emergência geridos pelo Instituto Nacional e Emergência Médica (INEM), pois embora não disponham de tantos recursos como as unidades hospitalares, funcionam como primeiro contato para estabilização. Esses resultados serão apresentados e discutidos em capítulo próprio mais adiante.

Sobre isto importa dizer que sabemos que a análise única e exclusivamente da rede dos serviços de urgência é limitada e apenas “acende luz vermelha” para indícios da existência de injustiça espacial. Esta análise necessita de ser complementada por outra que incida especialmente sobre os espaços que há muito tempo se encontram em condições de empobrecimento, no sentido de averiguar a prevalência de doenças e rede de serviços públicos de saúde disponíveis e acessíveis à população desses espaços.

A análise global do acesso geográfico a qualquer unidade de saúde com serviços de urgência na AML permite observar que houve uma diminuição da população em áreas com tempo de viagem superiores a 30 minutos entre 1991 e 2019, indicando uma redução do tempo de viagem ao SU no espaço Metropolitano, apesar da melhoria não ter sido contínua neste período. Registamos que na passagem de 2011 para 2019 houve um aumento da população em todos os grupos etários com acesso a um SU em mais de 30 minutos, sendo este ano aquele com o pior resultado dentro do período analisado. Chamamos atenção para o fato das classes de privação Muito Baixa e Baixa não apresentarem áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos e, em 2011 e 2019, as secções com este tempo de viagem pertencerem às áreas de privação máxima.

A relação tempo de viagem e privação material reforça a relevância de analisar estas duas informações em conjunto. Embora seja reduzida a população com tempo de viagem superior a 30 minutos, o fato desta pertencer a classes de privação máxima exige um olhar mais aproximado dada a presença de mais determinantes da saúde que neste caso “jogam” a favor da degradação do estado da saúde.

7.2.2. Privação material e acesso potencial aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)

A análise do tempo de viagem a um serviço de urgência de nível médico-cirúrgico (SUMC) por classe de privação material apresentou resultados similares, com poucas exceções, daqueles encontrados na análise a todos os pontos do serviço de urgência apresentados na secção anterior. Um conjunto de razões podem explicar a similitude dos resultados.

A AML conta com quatro unidades de saúde com serviço de urgência SUP desde 1991, não tendo havido nenhuma mudança na geografia das urgências SUP, e atualmente conta com dois serviços de urgência básica (SUB), tendo-se alcançado o máximo de três unidades SUB em 2011. Isto para dizer que a grande cobertura, em termos de acesso geográfico aos serviços de urgência na AML, é dada pela urgência de nível SUMC, em virtude do maior número e desconcentração espacial das urgências deste nível (quatro SUMC em 1991 e seis em 2001, 2011 e 2019 – sem contabilizar com o Hospital de Torres Vedras). Deste modo, quando retiramos da análise de rede as urgências de nível SUP e SUB, não se regista uma alteração significativa dos tempos de viagem máximo encontrados face à análise que considera todos os níveis de serviço de urgência (Quadro 35).

Quadro 35 - Tempo de viagem máximo às unidades de saúde com serviço de urgência (SU) e as unidades com urgência médico-cirúrgico (SUMC), por classe de privação na AML, 1991-2019

Classes de Privação Material	1991		2001		2011		2019	
	SU	SUMC	SU	SUMC	SU	SUMC	SU	SUMC
Muito baixa	25,7	25,6	25,2	25,2	19,3	22,0	19,0	21,3
Baixa	25,7	25,7	28,6	28,6	26,5	27,1	26,5	26,5
Média	28,9	28,9	31,2	31,2	28,6	29,0	28,6	28,6
Alta	36,1	36,1	36,1	36,1	26,0	28,5	26,0	28,5
Muito Alta	31,1	31,1	31,1	31,1	35,0	35,0	35,0	35,0

Fonte: Análise de rede.

A análise comparativa dos tempos de viagens entre a análise de rede a todos os pontos de urgência e apenas para as de nível SUMC confirmaram que as secções que apresentaram tempo máximo, na análise de rede geral, tiveram uma unidade de urgência de nível SUMC

como a mais próxima em minutos e, por isso, a repetição do tempo nas duas análises, dado tratar-se das mesmas secções. Contudo, foram encontradas diferenças nos anos 2011 e 2019.

As diferenças verificadas nestes dois anos deveram-se às secções que tinham, mais próxima em minutos, uma urgência de nível SUP ou SUB e ao delimitar a medição distância-tempo apenas para as de nível SUMC houve um ligeiro aumento do tempo de viagem.

No que respeita ao cruzamento entre os tempos máximos e as classes de privação também houve uma certa repetição dos resultados encontrados na análise geral, ou seja, as secções inseridas nas classes de privação Média, Alta e Muito Alta foram aquelas que registaram maior tempo máximo de viagem a uma urgência SUMC, sendo em 2011 e em 2019 as secções pertencentes à classe de privação Muito Alta que apresentaram maior tempo de viagem a uma urgência SUMC, sendo as mesmas apresentadas na secção anterior, pertencentes ao concelho do Montijo, como vimos.

Quando realizamos a análise de rede a qualquer ponto de serviço de urgência (secção anterior), vimos que as secções com tempo de viagem acima de 30 minutos entre 1991-2019 tinham como serviços de urgência mais próximos, em minutos, o hospital São Bernardo, para uns, e o hospital Reynaldo dos Santos (em 1991, 2001 e 2011) e de Vila Franca de Xira (para 2019) para outros, que são urgências de nível SUMC.

Dito isto, constata-se que as secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um primeiro ponto com serviço de urgência, têm uma urgência de nível SUMC como o seu primeiro “contato” mais próximo em minutos. Como pudemos observar, o tempo máximo a um serviço de urgência de nível SUMC não alcançou os 40 minutos.

7.2.3. Privação material e acesso potencial aos Serviços de Urgência Polivalente (SUP)

O Serviço de Urgência Polivalente (SUP), como já foi dito, é o nível mais complexo da rede de serviço de urgência. As urgências SUP mantêm-se em número e localização na AML, desde 1991. Isto significa dizer que as mudanças nos tempos de viagem a uma urgência SUP devem-se, entre outros fatores, às alterações na geografia das secções, que podem provocar a deslocação da localização do centroide, como já mencionado. As mudanças das secções nas classes do IPM e a abertura e desenvolvimento de vias de transportes que contribuem, de uma maneira geral, para a melhoria das acessibilidades e

a diminuição do tempo de viagem. Assim, numa área onde o destino final não foi alterado ao longo do tempo, neste caso as urgências de nível SUP, esses fatores mencionados estão ligados às mudanças verificadas nos tempos de viagem.

Em decorrência do número de unidades SUP, o tempo de viagem é bem mais elevado do que aqueles verificados na análise de rede geral para o nível SUMC, chegando o tempo máximo a um SUP, em 2011, a cifrar-se na ordem dos 46 minutos. Ao analisarmos o tempo de viagem máximo a uma urgência SUP verificamos que entre 1991 e 2019 as secções pertencentes ao IPM Alto e Muito Alto foram aquelas que detiveram o maior tempo de viagem a uma urgência SUP. Em 1991 e 2001 destacou-se o IPM Alto, aparecendo em segundo lugar o IPM Muito Alto, havendo uma inversão em 2011 e 2019, com o IPM Muito Alto a deter a secção com o maior tempo (46 minutos nos dois anos), e IPM Alto com o segundo tempo máximo de viagem (Quadro 36).

Quadro 36 - Tempo de viagem máximo ao Serviço de Urgência Polivalente na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019

Classes de Privação Material	Tempo de Viagem Máximo (minutos)			
	1991	2001	2011	2019
Muito baixa	40,3	33,5	27,9	27,9
Baixa	36,8	39,2	35,7	35,7
Média	41,6	46,9	39,7	39,7
Alta	49,2	46,3	42,5	42,5
Muito Alta	45,7	47,0	46,0	46,0

Fonte: Análise de rede

Nota: Os resultados para 2011 e 2019 são idênticos, tendo em vista a replicação dos dados (rede viária e IPM) e não uma alteração da geografia das urgências SUP.

As secções pertencentes ao IPM Alto e Muito Alto que apresentaram o maior tempo de viagem são as mesmas em 1991 e 2001 e pertencem ao concelho do Montijo. Estas duas secções permaneceram na mesma classe de privação em 1991 e 2001. Já na passagem de 2001 para 2011, houve uma alteração na “forma” destas secções, fazendo com que a secção pertencente à classe de privação Alta (a que detinha o maior tempo de viagem máximo em 1991 e 2001) abrangesse a secção pertencente à classe de privação Muita Alta (que apresentava o segundo maior tempo de viagem máximo também em 1991 e 2001). Como resultado, tivemos que a secção pertencente à classe de privação Alta, em 1991 e 2011, passasse para a classe de privação Muito Alta em 2011 e 2019.

Deste modo, a secção com o maior tempo de viagem no período analisado é, em larga medida, a mesma secção que mudou de classe de privação dada a “aglomeração” com a secção vizinha. Já o segundo maior tempo de viagem máximo em 2011 e 2019 foi registado por uma secção que aparece como “nova”. As secções com tempo de viagem máximo pertencentes às classes de privação Alta e Muito Alta tiveram o hospital Garcia de Orta como o mais próximo em minutos.

As secções com tempo de viagem máximo a uma urgência SUP inseridas nas classes de privação Alta e Muito Alta pertenciam ao Montijo, representando em conjunto 3%, 2,5% e 2,3% da população do concelho em 1991, 2001 e 2011, respectivamente.

Avançando a análise para o cruzamento das áreas que acedem geograficamente a uma urgência SUP em mais de 30 minutos (até ao tempo máximo) e o IPM, verificamos que entre 1991 e 2019 menos pessoas passaram a aceder a uma urgência SUP em mais de 30 minutos em toda as classes de privação material, embora as classes de privação Baixa e Alta não tenham apresentado diminuição contínua. Contudo, apesar das variações populacionais nestas duas classes, todas as classes de privação apresentaram em 2011/2019, população inferior ao total do ano de partida de análise, o que implica uma melhoria global no acesso geográfico a esse tipo de urgência. Contudo, como podemos observar no Quadro 37, a classe de privação Muito Alta é aquela que detém mais pessoas com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP, apesar da diminuição contínua entre 1991 e 2011. Em 2011, a classe de privação Muito Baixa não apresentou população com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência do mesmo nível.

Quadro 37 - População com tempo de viagem superior a 30 minutos a um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, por classe de privação, 1991-2019

Classes Privação Material	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito Baixa	832	0,29	817	0,32	0	0	0	0
Baixa	6242	0,53	8768	0,72	4974	0,35	4974	0,35
Média	13877	1,99	12682	1,58	7294	0,93	7294	0,93
Alta	11913	4,96	7594	2,95	8070	3,67	8070	3,67
Muito Alta	11077	8,74	10239	8,38	8666	6,49	8666	6,49

Nota: A percentagem é em relação a população total da classe.

Fazendo a análise por grupos etários, se observarmos o primeiro e último ano considerado, verifica-se que houve uma diminuição da população nas faixas etárias de 0 a 19 anos e de 20 a 64 anos em áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos de uma urgência SUP, em todas as classes de privação, embora essa redução não tenha sido contínua no tempo. Não se vislumbra uma correspondência deste resultado para a população idosa (65 e mais anos). (Quadro 38).

Quadro 38 - População com tempo de viagem superior a 30 minutos a um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) na AML, por faixa etária e classe de privação, em 1991, 2001, 2011/19

Classe de Privação	População 0 a 19 anos nas						População 20 a 64 anos nas						População com 65 e mais anos nas					
	secções com TV > 30 min						secções com TV > 30 min						secções com TV > 30 min					
	1991	%	2001	%	2011	%	1991	%	2001	%	2011	%	1991	%	2001	%	2011	%
Muito Baixa	249	29,93	162	19,83	0	0	504	60,58	498	60,95	0	0	79	9,50	157	19,22	0	0
Baixa	1666	26,69	1890	21,56	1155	23,22	3714	59,50	5454	62,20	3024	60,80	862	13,81	1424	16,24	795	15,98
Média	3894	28,06	2763	21,79	1561	21,40	8275	59,63	7894	62,25	4240	58,13	1708	12,31	2025	15,97	1493	20,47
Alta	3190	26,78	1577	20,77	1625	20,14	6978	58,57	4593	60,48	4816	59,68	1745	14,65	1424	18,75	1629	20,19
Muito Alta	3270	29,52	2197	21,46	1604	18,51	6560	59,22	6309	61,62	5012	57,84	1247	11,26	1733	16,93	2050	23,66

Nota 1: Os valores de 2011 e 2019 são idênticos, aparecendo, apenas 2011 no quadro.

Nota 2: A percentagem é em relação a população total, por faixa etária, na classe.

Como podemos observar, os resultados para a população idosa são idênticos aos dos outros dois grupos em todas as classes de privação (menos população no ano final da análise do que no ano inicial, apesar das variações), exceto na classe Muito Alta, apresentando apenas esta classe mais idosos em 2011 e 2019 do que no ano da partida e com aumento contínuo em todo o período. A população idosa representava, no total da população da classe de privação Muito Alta com tempo de viagem superior a 30 minutos, 11,2% em 1991, 16,9% em 2001 e 23,6% em 2011/2019. Este resultado chama atenção para a intersecção de um conjunto de fatores, que individualmente estão relacionados com piores resultados em saúde e baixa procura/utilização de cuidados de saúde, como a privação material e o pior acesso geográfico a serviços de saúde (Jordan *et al.*, 2004; Rudge *et al.*, 2013), os quais aparecem em simultâneo em determinados territórios da AML acrescidos do fator envelhecimento.

A espacialização das áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos a uma urgência SUP e das áreas classificadas de privação máxima (IPM Muito Alto), entre 1991 e 2011/2019, permite observar uma correspondência dessas características em 15 secções

em 1991 (11.077 residentes dos quais 1.247 idosos), 15 secções em 2001 (10.239 residentes dos quais 1.733 idosos) e 13 secções em 2011/2018 (8.666 residentes dos quais 2.050 idosos) (Figuras 28, 29 e 30).

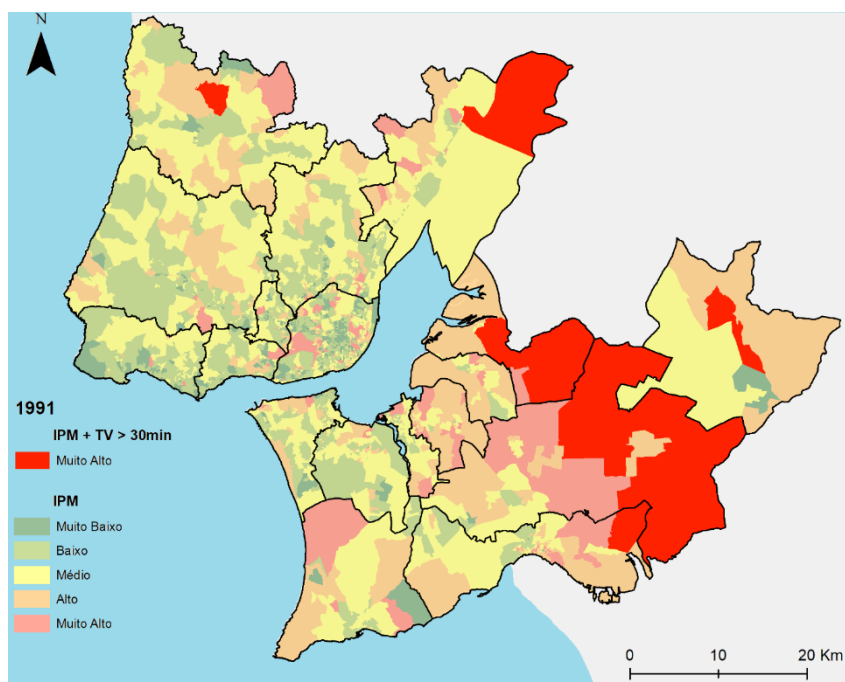


Figura 28 - Secções com Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente e pertencentes à Classe de Privação Material Muito Alta, 1991

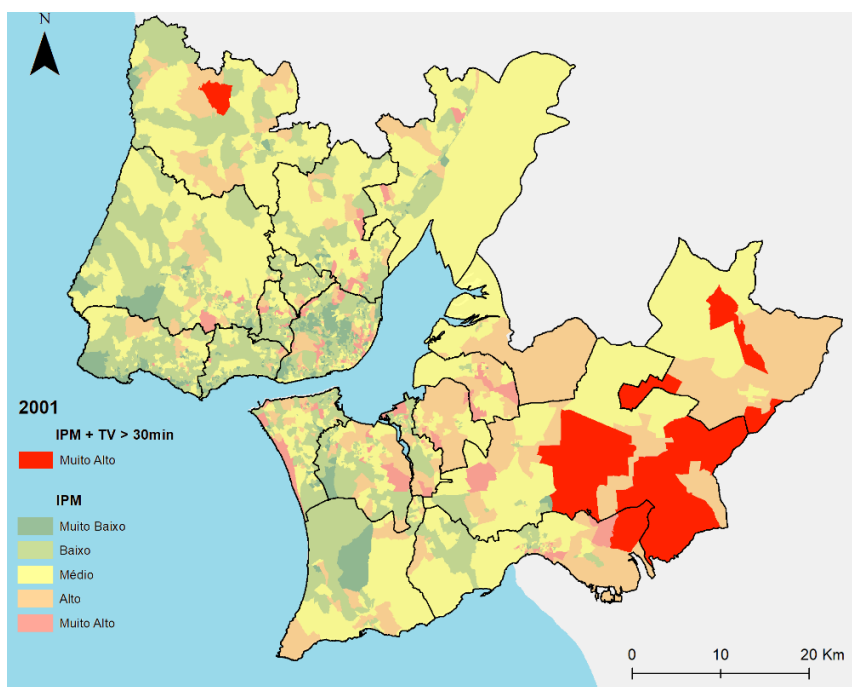


Figura 29 - Secções com Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente e pertencentes a Classe de Privação Material Muito Alta, 2001

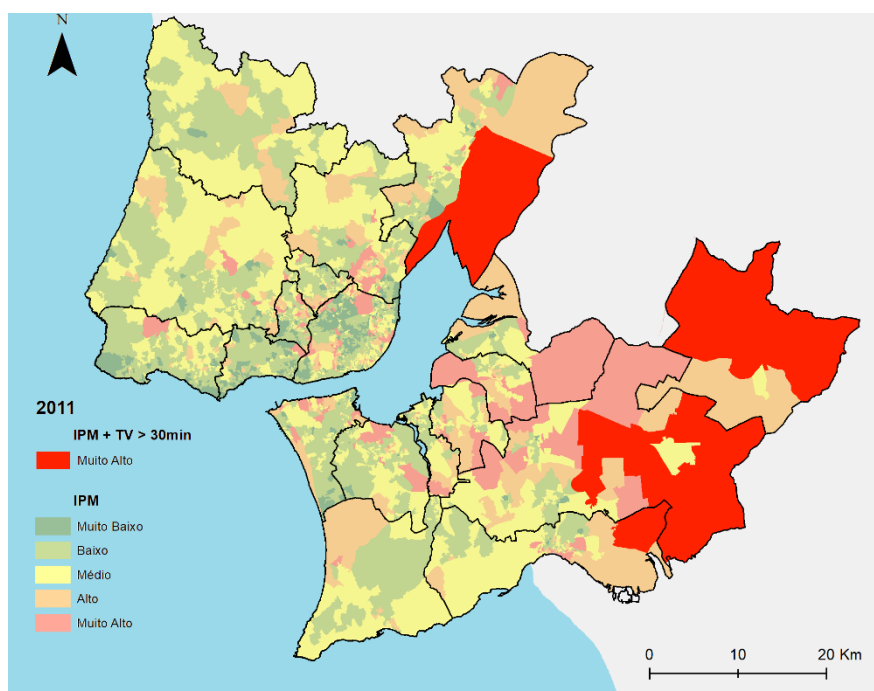


Figura 30 - Secções com Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente e pertencentes a Classe de Privação Material Muito Alta, 2011

Fonte: INE, 1991, 2001 e 2011. Análise de rede. Cálculos da autora.

A espacialização permitiu verificar que as áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos a uma urgência SUP e com privação Muito Alta estão muito mais concentradas na Margem Sul da AML em todo o período analisado. Efetivamente, esta margem concentra 96% da população (8.360 pessoas) que “combinava” as duas características, sendo este peso maior do que o apresentado em 1991 (84,3% - 9.339 pessoas) e em 2001 (95% - 9.745 pessoas).

Em 1991, das 15 secções identificadas, 13 pertenciam à Margem Sul, em 2001, 14 das 15 secções estavam também naquela Margem e em 2011 estavam 12 das 13 secções. As secções que apareceram na Margem Norte da AML pertenciam aos concelhos de Mafra e Vila Franca de Xira. Já na Margem Sul as áreas repartiam-se pelos concelhos de Alcochete, Montijo, Palmela e Setúbal.

Como pudemos observar nas Figuras 28, 29 e 30, a secção pertencente ao concelho de Mafra mantém-se em 1991 e 2001, o que significa que esta secção se manteve na mesma classe de privação neste intervalo de tempo e que não houve redução do tempo de viagem a uma urgência SUP para valores abaixo de 30 minutos. Contudo, a secção de Mafra não

aparece em 2011 devido à mudança de classe, passando para a privação Alta, embora o tempo de viagem não se tenha alterado.

Outra alteração que destacamos na Margem Norte é a secção pertencente ao concelho de Vila Franca de Xira. A secção classificada em 1991 como de privação Muito Alta e tempo de viagem superior a 30 minutos a um SUP, passa para a classe de privação Média em 2001, permanecendo nesta classe também em 2011/2019. Contudo, em 2011/2019 outra secção pertencente a este concelho desponta entre as secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP e privação Muito Alta. Esta “nova” secção em 1991 e 2001 estava inserida em áreas de privação Média tendo, ao que indica, sofrido um processo de empobrecimento. Ademais, quanto ao tempo de viagem ao SUP, esta “nova” secção desde 1991 apresentou resultados acima de 30 minutos, tendo o Hospital Santa Maria como a urgência SUP mais próxima em minutos. Deste modo, como não houve mudança na geografia do SUP, as mudanças verificadas ficaram a cargo de fatores externos à geografia dos hospitais.

Na Margem Sul chamamos a atenção para Palmela. Este concelho, em todos os anos da análise, concentrou o maior número de secções e população nas áreas de intersecção de privação máxima e tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência de nível SUP, concentrando, em 2011, 63% da população da AML a residir nas áreas de intersecção entre tempo de viagem superior a 30 minutos a um SUP e IPM Muito Alto. Contudo, a população de Palmela inserida nessas áreas apresentou uma redução entre 1991 e 2011, enquanto Montijo e Setúbal registaram um aumento contínuo no mesmo período (Quadro 39).

Quadro 39 – Evolução da população e secções em áreas de Privação Muito Alta e Tempo de Viagem superior a 30 minutos ao Serviço de Urgência Polivalente, 1991-2011

	1991		2001		2011	
	Sec (n)	Pop (n)	Sec (n)	Pop (n)	Sec (n)	Pop (n)
Montijo	1	567	3	1747	3	1689
Palmela	8	6559	10	7169	7	5472
Setúbal	1	766	1	829	2	1199
Alcochete	3	1447	-	-	-	-
Mafra	1	518	1	494	-	-
Vila F. Xira	1	1220	-	-	1	306
Total	15	11077	15	10239	13	8666

Fonte: INE.

O aumento da população em áreas de privação Muito Alta e tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP no Montijo e Setúbal verificou-se nos três grupos etários: muito jovens, jovens e idosos. Já em Palmela, a população idosa apresentou crescimento contínuo, enquanto os outros dois grupos apresentaram uma redução contínua entre 1991 e 2011. Importa assinalar que as áreas periféricas com pior acesso geográfico e piores condições materiais são envelhecidas e que o fator envelhecimento tende a manter-se.

O concelho de Alcochete, assim como o de Mafra e Vila Franca de Xira, não apresentou continuamente secções com as características aqui analisadas, devido à mudança de classes de privação das secções de 1991, sem que tenha havido alteração significativa no tempo de viagem. As três secções que em 1991 detinham privação Muito Alta, em 2001 e 2011 estavam classificadas em áreas de privação Média e Baixa.

Sublinhamos ainda que das 13 secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP e IPM Muito Alto, em 2011, duas delas distavam mais de 30 minutos à urgência SUB ou SUMC mais próxima, e estas pertenciam ao Montijo. Repetimos a análise para as demais classes de privação e tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP e não foi encontrada nenhuma correspondência.

Em 2011, todas as secções da AML, independente da classe de privação, que apresentaram tempos de viagem superiores a 30 minutos a uma urgência de nível SUP estavam inseridas em áreas de baixa densidade populacional (população inferior a 2000 hab/km²). Por sua vez, em 1991 e 2001, os totais de população e secções inseridas em áreas de alta densidade (população superior a 2000 hab/km²) eram reduzidos quando comparados com os totais em áreas de baixa densidade (Quadros 40 e 41).

Quadro 40 - População e Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP em áreas com alta densidade populacional, por classe de privação na AML (1991-2011/2019)

	1991		2001		2011/2019	
Classes Privação Material	Secções	Pop Total	Secções	Pop Total	Secções	Pop Total
Muito Baixa	1	219	1	398	0	0
Baixa	8	3720	5	2347	0	0
Média	4	3149	1	904	0	0
Alta	2	1340	0	0	0	0
Muito Alta	0	0	0	0	0	0
Total	15	8428	7	3649	0	0

Quadro 41 - População e Secções com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência SUP em áreas de baixa densidade populacional, por classe de privação na AML (1991-2011/2019)

	1991		2001		2011/2019	
Classes Privação Material	Secções	Pop Total	Secções	Pop Total	Secções	Pop Total
Muito Baixa	1	613	1	419	0	0
Baixa	5	2522	10	6421	7	4974
Média	17	10728	21	11778	11	7294
Alta	17	10573	11	7594	12	8070
Muito Alta	15	11077	15	10239	13	8666
Total	55	35513	58	36451	43	29004

Por fim, em virtude dos elevados tempos encontrados no acesso às urgências de nível SUP, analisamos ainda as áreas onde o tempo de viagem foi superior a 40 minutos. Desta análise destacamos:

- Na Margem Norte da AML nenhum concelho apresentou secções/população com este tempo de viagem a um SUP entre 1991 e 2011;
- Na Margem Sul, apenas Montijo e Palmela apresentaram secções dentro deste tempo de viagem;
- Entre 1991 e 2011, houve um aumento da população a viver em áreas com tempo de viagem superior a 40 minutos de uma urgência SUP (1350 pessoas em 1991 e 2354 pessoas em 2011), tendo esse aumento se refletido em todas as faixas etárias;
- Este aumento não se verificou na classe de privação Muito Alta, tendo a mesma apresentado um decréscimo de população neste tempo de viagem (5100 pessoas em 1991; 4781 em 2001; e 3817 em 2011);
- As classes de privação Alta e Muito Alta são as únicas que nos três anos analisados apresentaram ininterruptamente população com tempo de viagem superior a 40 minutos a um SUP, e em 2011, apenas estas duas classes apresentaram secções com este tempo de viagem.

Com os resultados aqui apresentados fica claro que a Margem Sul da AML apresentou, quando comparada com a Margem Norte, maior número de população em condição de múltiplas vulnerabilidades (alta privação, maior tempo de viagem, envelhecimento,

territórios pouco povoados) e potencialmente com piores resultados em saúde, maior exposição ao risco à incidência de enfermidades e, porventura, menos capacidade de responder a essas vulnerabilidades. Na Margem Sul destaca-se Palmela e Montijo com os piores resultados de acesso geográfico a um SUP.

Como vimos o acesso geográfico a uma urgência SUP tem melhorado entre 1991 e 2011, refletindo-se na redução da população a viver em áreas cujo tempo de viagem ultrapassa os 30 minutos. Contudo, embora o acesso tenha melhorado para o conjunto da população, independentemente das classes de privação, a população com tempos de viagem mais elevados pertencem às classes com privação Alta e Muita Alta. No que respeita aos grupos etários, a população com 65 e mais anos foi aquela que registou piores resultados, dado o aumento desta população em áreas com tempos de viagem superior a 30 minutos e pertencente à classe de privação Muito Alta. Na realidade, mesmo em áreas onde se verificou redução da população, como foi o caso de Palmela (tempo de viagem superior a 30 minutos e privação Muito Alta), a população idosa também aumentou.

Os resultados mostraram que apesar de ser baixo o número de secções e de população a residir em áreas com pior acesso geográfico a uma urgência SUP, a intersecção com as áreas classificadas como de privação Alta ou Muito Alta é um agravante que deve ser tido em conta no planeamento em saúde e delineamento de territórios saudáveis.

Capítulo 8 – Privação Material e Acesso Potencial Geográfico aos Meios de Emergência não Especializados na Área Metropolitana de Lisboa

“O tempo, constrangedor e opressivo, é o contrário
do espaço que emancipa e liberta”

Jorge Malheiros

Embora a pesquisa esteja assente nos reconhecidos pontos da rede de serviço de urgência, julgamos pertinente ampliar o olhar sobre a rede dos meios de emergência, focando-nos na descrição dos meios de emergência existentes, em particular na sua localização georreferenciada na Área Metropolitana de Lisboa (AML) para a análise e discussão do acesso geográfico a esses meios. A pertinência de inserir os meios de emergência na análise deve-se sobretudo ao fato de se tratar de um meio de transporte gratuito e universal à disposição da população em Portugal, colmatando possíveis necessidades daqueles que não dispõem de veículos motorizados particulares para aceder a uma unidade de saúde com serviço de urgência. O uso dos meios de emergência é especialmente importante para os grupos sociais mais empobrecidos, para as quais o custo econômico de deslocamento pode ser uma barreira real ao acesso aos serviços de saúde, bem como para os territórios de baixa densidade e com baixas taxas de motorização.

Deste modo, esta reflexão estará assente na análise do acesso geográfico aos meios de emergência tendo em conta a população da AML no geral, mas também e, talvez mais importante, o seu cruzamento com as classes de privação material. O objetivo aqui é identificar os espaços onde o acesso geográfico aos meios de emergência é potencialmente mais difícil, em termos de elevado tempo de viagem e onde esses espaços se enquadram entre as classes de privação. Isto para dizer que os meios de emergência estão sendo aqui analisados como potenciais “corretores” de injustiça espacial nas áreas com privação material Alta e Muito Alta, e maiores tempos de viagem ao serviço de urgência, funcionando como primeiro ponto de contato em menos tempo.

Além disso, como já foi mencionado, as áreas de privação material estão associadas a menor utilização/procura dos serviços de saúde e maior risco de prevalência de doenças, como isquêmica do coração e doenças respiratórias (Hoffmann *et al.*, 2014; Marí-

Dell’Olmo *et al.*, 2015), para as quais o tempo de socorro é primordial à manutenção da vida.

Servindo de complemento à análise espacial do acesso geográfico anteriormente apresentada, o corte temporal para o estudo dos meios de emergência será circunscrito apenas ao ano de 2019 (até dezembro).

8.1 Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o Sistema Integrado de Assistência Médica (SIEM)

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um instituto público que funciona sob a tutela do Ministério da Saúde, com sede em Lisboa, e é composto por três serviços geograficamente desconcentrados, conhecidos como delegações regionais: Norte (NUTS Norte), Centro (NUTS Centro) e SUL (NUTS Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Sul). A essas delegações são atribuídas as atividades de gestão operacional, envolvendo a operacionalização dos recursos humanos, financeiros e materiais do INEM em suas respectivas áreas geográficas. Este Instituto foi criado em 1981 e é da sua competência garantir o funcionamento do Sistema Integrado de Urgência Médica (SIEM) em Portugal continental responsável pelas atividades de prestação de cuidados e socorro das pessoas no local da chamada, transporte do utente, se necessário, e articulação dos meios envolvidos na rede de urgência (Portaria 158/2012, de 22 de maio; Decreto-Lei 34/2012, de 14 de fevereiro).

Deste modo, o SIEM abriga um conjunto de ações coordenadas nos níveis extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar de modo a garantir uma resposta rápida e eficaz a uma chamada de urgência ou emergência, para o qual conta com um conjunto de parcerias, como veremos. Ademais, cabe-nos saber como se dá o “ponta pé inicial” dentro do SIEM.

De uma maneira didática, o SIEM apresenta seis fases que fazem parte do seu ciclo de funcionamento, são elas: a *deteção* (momento em que há a percepção de que alguém necessita de ajuda médica), *alerta* (momento em que o número europeu de emergência é acionado), *pré-socorro* (orientações e gestos simples que devem ser realizados até à chegada do socorro), *socorro no local do acidente* (cuidados iniciais de emergência reduzindo o risco de morte), *cuidados durante o transporte* (transporte em veículo com recursos adequados a enfermidade para uma unidade de saúde adequada) e *transferência*

e tratamento definitivo (atendimento numa unidade de saúde com recursos humanos e materiais mais adequados a cada caso).

Como se percebe, o primeiro contato entre o utente/pessoas próximas àquela que necessita de ajuda e o SIEM faz-se através de uma chamada telefônica para o número 112⁶⁹, conhecido como Número Europeu de Emergência em funcionamento na União Europeia, através do qual se informa a necessidade/urgência de quem está precisando de ajuda. Ademais, a ligação para o 112 não abrange apenas as urgências relacionadas com a saúde, mas também com as forças de segurança (Polícia) e a proteção civil (Bombeiros). Em Portugal, este número está ligado à Polícia de Segurança Pública (PSP). Uma vez identificada que a chamada se refere a questões ligadas à saúde, a mesma é transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) coordenado pelo INEM.

O CODU, como o próprio nome sugere, é uma central de recebimento de chamadas de urgência relacionadas com a saúde, sendo de sua competência avaliar no mais curto período de tempo o pedido de ajuda e orientar e encaminhar meios e recursos necessários para um socorro seguro, bem como indicar a referenciação do hospital de destino com base em critérios clínicos, geográficos e de disponibilidade de recursos na unidade de destino. O SIEM, do qual o CODU faz parte, envolve outras entidades parceiras para o desenvolvimento das atividades ligadas ao serviço de urgência móvel, a saber: Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Bombeiros, INEM, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde. No caso específico das urgências médicas, são acionados meios de socorro provenientes do INEM, Bombeiros ou Cruz Vermelha Portuguesa, tendo estes dois últimos, mais a PSP, acordos com o INEM, desde 1982.

O primeiro CODU entrou em funcionamento, na cidade de Lisboa, em 1987, quando o Ministério da Saúde estava sob o Comando da Ministra Leonor Beleza. O CODU Lisboa já funcionava 24h por dia e seus atendimentos eram realizados por 23 médicos, passando a ocupar essa posição técnicos em telecomunicações somente em 1990, mas sob supervisão médica. Contudo, a partir de 2006, todas as chamadas recebidas no CODU passaram a ser atendidas por profissionais de saúde com formação específica. A inauguração do CODU Lisboa foi seguida pela abertura do CODU Norte, em 1991

⁶⁹ O Número Europeu de Emergência foi criado em 1991 e, desde 2008, passou a ser o único número para as chamadas de emergência, abrangendo todos os países da União Europeia. Em Portugal, o número nacional de emergência era o 115 e ficou em funcionamento até o ano de 2007.

(Ministro da Saúde Arlindo de Carvalho), CODU Centro, em 1995 (Ministro Paulo Mendo) e CODU Algarve, nos anos 2000 (Ministra Manuela Arcanjo). Em 2018, estavam em funcionamentos os quatro CODU: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, respectivamente. Ademais, é importante relatar que embora o último CODU date dos anos 2000, somente seis anos depois daquele ano este serviço abrange a população nacional na sua totalidade.

Para além do CODU “Terra” há mais três tipos de serviços de urgência funcionando 24h por dia e que podem ser acionados via chamada telefônica e integram o SIEM. O CODU Mar, como o próprio nome indica, refere-se ao atendimento de urgências e emergências que aconteçam a bordo de embarcações. Os princípios são aqueles apresentados para o CODU “Terra”, exceptuando os acordos que, neste caso específico, são com estações Radionavais, estações Costeiras, Centros Navais de Busca e Salvamento e com a Autoridade Marítima Local (Capitanias de Portos) (INEM, 2018a).

Com um serviço de urgência mais específico, o SIEM criou o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), destinado às vítimas de intoxicação. O CIAV foi criado em 1982 no INEM e tem cobertura nacional. Este serviço teve sua origem no funcionamento de um serviço privado, chamado SOS-Centro Informativo de Intoxicações, fundado em 1963, que viria mais tarde disponibilizar seu banco de dados ao INEM. Este serviço pode ser acionado pelo número europeu de emergência, posto que o CODU iniciará a transferência ou pode ser acionado diretamente por uma linha direta⁷⁰ com funcionamento em tempo integral.

Por fim, o terceiro serviço que pode ser acionado eletronicamente no âmbito do SIEM é o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC). Este serviço foi criado em 2004 com o objetivo de responder às demandas concernentes às urgências psicossocial, nos níveis de crise psicológica, emergências psicológicas e intervenção psicossociais em catástrofe. O CAPIC também pode ser acionado através do número europeu de emergência e funciona em todo o território nacional e em tempo inteiro. Este serviço dispõe e operacionaliza viaturas específicas para este tipo de atendimento de urgência, através das Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) (INEM, 2018b).

No que se refere aos meios que os INEM-SIEM dispõem para prestar os serviços de pré-urgência e transporte inter-hospitalar há, para além da UMIPE, outros tipos diferenciados

⁷⁰ Número direto CIAV: 808 250 143

de transportes: Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Motociclo de Emergência Médica (MEM), Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), Ambulância de Emergência Médica (AEM), Ambulância de Socorro (AS), Viatura de Intervenção em Catástrofe e Hospital de Campanha. Ademais, regista-se que o INEM pode acionar meios de transporte, para chamada de urgência, dos bombeiros ou delegações da CVP em casos de indisponibilidade de meios do INEM ou proximidade geográfica do local da chamada de urgência. Em 2017, Portugal contava com 147 postos de reserva em aliança com Bombeiros e CVC (INEM, 2017). Por fim, menciona-se o Posto de Emergência Médica (PEM), onde há ambulâncias ao serviço do INEM em parceria com a Liga dos Bombeiros Portugueses. Em 2017, estavam em funcionamento 305 PEM em Portugal (Despacho 10109/2014, de 6 de agosto).

Os meios de socorro dos quais dispõe o INEM foram sendo adquiridos progressivamente por todo país desde a década de criação do INEM. Contudo, o distrito de Lisboa foi aquele que mais recebeu investimentos em termos de meios de socorro de urgência, a seguir a região Norte, com destaque para o distrito do Porto. Em 1991, o distrito de Lisboa dispunha de três VMER (1 na Rua Dom Infante D. Pedro, 1 Hospital São Francisco Xavier e 1 no Hospital de Cascais) e uma viatura médica de intervenção rápida no eixo Cacém-Amadora. Essa marca foi alcançada pelo CODU Norte em 1996, aquando da entrega da VMER ao Hospital de Santo Antônio neste mesmo ano. Somente a partir dos anos 2000 é que a região Sul do país passa a receber meios de socorro especializados (em 2000, Faro recebe uma VMER, em 2001, o Hospital Barlavento Algarvio recebe uma VMER e, em 2006, é a vez do Centro de Saúde de Albufeira).

A desconcentração dos meios de socorro é de facto um marco dos anos 2000, de modo que, em 2007, todos os distritos portugueses passaram a dispor de meio avançado de vida (INEM, 2018c). Alguns marcos importantes: 1989, entra em funcionamento a primeira VMER sediada em Lisboa; 1996, a primeira Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) entra em funcionamento; ainda em 1996, inicia-se o serviço de transporte via helicóptero com funcionamento 12h por dia, mas a partir de 2002 passa a funcionar 24h/dia; em 2004 são incluídas motas no serviço de urgência pré-hospitalar; em 2011, os meios de socorro pré-hospitalar são integrados na rede de serviço de urgência (Despacho 14898/2011, de 3 de novembro); em 2015, entra em funcionamento a ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV) em Lisboa e são entregues 36 ambulâncias à corporação de Bombeiros em

diferentes partes do país, sendo deste total 25 novos Postos de Emergência Médica (PEM); em 2017, os 278 concelhos de Portugal continental passam a ter uma ambulância do INEM (INEM, 2018c). Em 2017 o INEM dispunha para Portugal continental (INEM, 2018d):

56 Ambulâncias de Emergência Médica do INEM

316 Ambulâncias do INEM em cooperação com bombeiros

155 Ambulâncias de Corporações de bombeiros ou delegações da CVP utilizadas pelo INEM

8 Motociclos de emergência médica

39 Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida

44 Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

4 Helicópteros de Emergência Médica

4 Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência

Para além de conhecer a existência dos meios de emergência disponíveis que prestam serviços pré-hospitalar, que funcionam em sincronia e complementaridade com a rede de urgência, que vai dos cuidados pré-hospitalares até os serviços de tratamento intensivo, é fundamental conhecer o acesso geográfico aos mesmos, agora no recorte da AML. De que meios de emergência dispõe a AML? Onde estão localizados os meios de emergência no espaço metropolitano? É equitativa a sua distribuição? Estas perguntas são levantadas na tentativa de desvendar se a distribuição desses meios, aparentemente espacialmente desconcentrada, se reflete no acesso geográfico da população na AML. Serão os meios de emergência um minimizador de desigualdades de acesso às urgências hospitalares?

8.2 Distribuição dos meios de emergência não especializados na Área Metropolitana de Lisboa, 2019

O objetivo deste tópico é fazer uma breve descrição dos meios de emergência em funcionamento na AML e conhecer a sua distribuição, levando em conta as categorias desses meios.

Como pôde ser visto no tópico anterior, são várias as categorias de meios de emergência coordenadas diretamente pelo INEM e/ou em parceria com outras entidades de socorro.

Contudo, nossa análise sobre o acesso geográfico aos meios de emergência não incorpora os dez meios existentes em Portugal. Nossa análise estará centrada nos meios de emergência não especializados, ou seja, aqueles que podem receber missões para as chamadas gerais de urgência/emergência, que não estejam em funcionamento apenas em eventos de emergência excepcionais, como os meios ligados aos momentos de catástrofes e os meios de emergência terrestres. Deste modo, foram excluídos da análise: (i) o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), pois além de ser especializado para crianças funciona apenas entre os hospitais, como o próprio nome sugere; (ii) as Viaturas de Intervenção em Catástrofe e Hospital de Campanha, posto que só são acionadas em situações excepcionais; (iii) a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE); e o Serviço de Helicóptero de Emergência Médica (SHEM).

Assim, os cinco meios de emergência que correspondem aos critérios definidos são: a Ambulância de Emergência Médica (AEM), as Ambulâncias de Socorro (AS), a Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), o Motociclo de Emergência Médica (MEM) e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Considerando apenas estes cinco meios, em 2019, segundo o INEM, a AML contava com 108 meios de emergência, sendo: 73 AS, 20 AEM, 10 VMER, 4 MEM e 1 SIV. (Figura 31).

Como pode ser observado no mapa, os meios de emergência estão concentrados na região de Lisboa com prolongamento para Oeste em direção aos concelhos de Oeiras e Cascais. Contudo, chamamos atenção para a sua concentração nos concelhos adjacentes a Lisboa, como a Amadora e Odivelas. Em Mafra, Sintra e Loures, os meios de emergência parecem localizar-se de forma mais desconcentrada. Mas é notável que a localização dos meios de emergência acompanha a mancha urbana da AML. É também perceptível que há muito mais meios de emergência na Margem Norte do que na Margem Sul da AML, destacando-se o concelho de Almada com a maior concentração. Vale também sublinhar que as unidades hospitalares são estruturas de apoio aos meios de emergência, como as VMER, cuja localização é definida por Despacho Ministerial, como veremos na descrição dos meios a seguir.

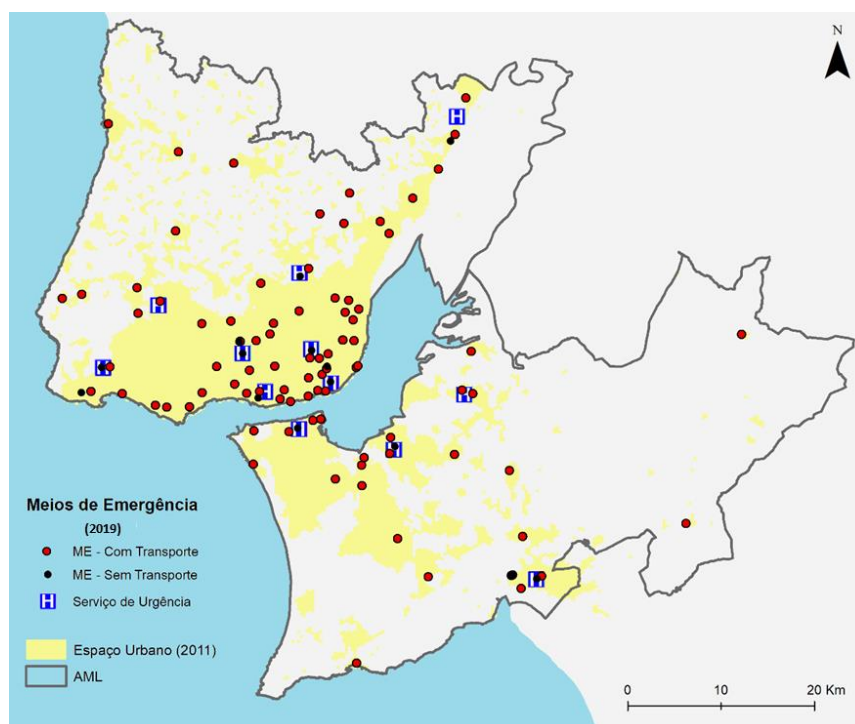


Figura 31 - Distribuição dos Meios de Emergência na Área Metropolitana de Lisboa, 2019

Fonte: INEM, 2019. Nota: ME-CT: Meios de Emergência com Transporte (realiza atendimento no local da ocorrência e transporte para o serviço de urgência). ME-ST: Meios de Emergência sem Transporte (realiza apenas atendimento no local da ocorrência).

As MEM são um meio ágil de atender as chamadas de socorro. São conduzidas por um técnico de emergência pré-hospitalar e dispõe de material de suporte básico de vida (Desfibrilação Automática Externa, oxigênio, adjuvantes da via aérea e ventilação (equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia), garantindo que o utente receba os primeiros cuidados e tenha seus sinais vitais estabilizados enquanto espera a chegada do transporte para ser conduzido, quando necessário, a uma urgência hospitalar. Esse meio de emergência não realiza transporte do utente.

A AEM dispõe dos mesmos equipamentos e funções das MEM, acrescentando a sua capacidade para fazer o transporte do paciente desde o local de ocorrência até à urgência hospitalar. Além disso, nas AEM estão presentes dois técnicos de emergência pré-hospitalar. As AEM estão sediadas em bases próprias do INEM, portanto, não havendo parcerias no seu funcionamento.

As AS têm um regime de funcionamento diferenciado das MEM e AEM. As AS diferenciam-se pelo fato de não serem operadas exclusivamente por profissionais do INEM, e por não estarem sediadas exclusivamente em bases próprias do mesmo Instituto.

As AS podem estar sediadas nas delegações do INEM ou em Postos de Emergência Médica, bases dos corpos de bombeiros e delegações da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). As AS são operadas por técnicos pertencentes às entidades parceiras e podem ser acionadas pelo CODU. As AS, assim como as AEM, realizam transporte do utente.

As SIV desempenham as mesmas funções que os meios até aqui descritos. Contudo, as ambulâncias SIV diferenciam-se pelo fato de estarem munidas de equipamentos que permitem transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais, bem como a prestação de cuidados diferenciados, como o processo de reanimação cardíaca. Os profissionais em serviço nas ambulâncias SIV são um enfermeiro e um técnico, os quais fazem parte da equipe integrada nos serviços de urgência hospitalar onde esse tipo de ambulância está alocado. De acordo com o Despacho nº 5561/2014, de 23 de abril, todas as unidades de urgência hospitalar de nível SUB - Serviço de Urgência Básico – deveriam ter em funcionamento uma ambulância SIV (Despacho n. 10319/2014, de 25 de julho). Este desígnio ficou estabelecido pelo Despacho 14898/20011, de 3 de novembro, o qual definiu os meios de emergência pré-hospitalar e suas bases de alocação na rede do serviço de urgência. Contudo, de acordo com a localização georreferenciada dos meios de emergência em funcionamento na AML, fornecida pelo INEM, em 2019, havia apenas uma ambulância SIV em funcionamento na AML, quando há duas unidades de saúde de nível urgência SUB, no Hospital Distrital do Montijo e no Centro de Saúde Algueirão Mem Martins (Sintra). As ambulâncias SIV realizam transporte do utente.

Por fim, as VMER, assim como as SIV, estão alocadas em unidades hospitalares de urgência, mas em urgências mais especializadas, de nível intermediário SUMC (Serviço de Urgência Médico-cirúrgica) e de nível mais complexo SUP (Serviço de Urgência Polivalente), como previsto pelo Despacho 14898/2011, de 3 de novembro. Em 2019, a AML contava com 4 unidades SUP (Hospital São José, Hospital São Francisco Xavier, Hospital Santa Maria, Hospital Garcia de Orta) e 6 unidades SUMC (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Hospital Dr. José de Almeida-Cascais, Hospital Beatriz Ângelo, Hospital São Bernardo, Hospital Nossa Senhora do Rosário e Hospital de Vila Franca de Xira), cada uma com uma ambulância VMER. As VMER são operadas por um médico e um enfermeiro e, à semelhança das SIV, são meios de emergência com recursos avançados. As VMER não realizam transporte do utente.

As VMER, em conjunto com as SIV, compõem o Suporte Avançado de Vida, enquanto os meios de emergência AS, MEM e AEM compõem o Suporte Básico de Vida.

Deste modo, fecha-se a apresentação dos meios de emergência do INEM e Entidades Parceiras que fazem parte do SIEM e que desempenham um papel fundamental na prestação dos serviços de urgência/emergência. Estes meios são considerados aqui como aqueles que, no dia-a-dia, podem tornar a rede de urgência “mais real” para a população, minimizando desigualdades no acesso ao serviço de urgência. Deste modo, avançaremos para a análise do acesso geográfico a esses meios no intuito de perceber se os espaços de injustiça espacial identificados no acesso aos serviços de urgência, porventura, dispõem de melhores ou piores tempo de viagem aos meios de emergência.

8.3 O Acesso geográfico aos meios de emergência não especializados na Área Metropolitana de Lisboa, 2019

A análise do acesso geográfico será realizada apenas para o ano de 2019, pois foi-nos fornecido pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) a localização georreferenciada dos meios de emergência para a AML concernente àquele ano. Além disso, apesar de reconhecermos a importância de analisar a evolução temporal do acesso geográfico aos meios de emergência na AML, consideramos ser de grande utilidade uma análise destes meios no tempo mais recente, ajudando-nos a pensar estratégias de melhoria a partir do que existe hoje. Como vimos, tem sido crescente a aquisição de meios de emergência, o que pode indicar que o acesso aos mesmos pode ter melhorado ao longo do tempo. Ademais, vale sublinhar que a rede viária utilizada, bem como os dados de população, referem-se ao ano de 2011. Os dados para 2019 são a localização dos meios de emergência e a rede de urgência hospitalar.

A característica de ser móvel dos meios de emergência coloca algumas barreiras à análise do acesso geográfico. Isto porque os meios de emergência ao serem acionados podem ou não estar em sua base territorial, significando que o tempo de viagem até o local da chamada pode variar, dependendo onde o meio mais próximo se encontre. Contudo, na análise de rede, é preciso definir o ponto de partida do meio de emergência e foi considerado nesta análise as bases georreferenciadas disponibilizadas pelo INEM para cada um dos cinco meios escolhidos. Quando apontamos o “ser móvel” dos meios de emergência como um fator limitante, indica, por um lado, que o meio de emergência pode não estar na base e mais perto da ocorrência, o que significa que o tempo de viagem mensurado a partir da base pode estar apontando tempos de viagem mais elevados do que aqueles praticados cotidianamente. Mas, por outro lado, considerando que os meios de

emergência estão mais concentrados nas áreas urbanas, e que o destino são os hospitais com serviços de urgência, que também estão aí mais concentrados, pode significar que os meios de emergência podem estar mais distantes em minutos de determinadas ocorrências do que se estivessem na base. Deste modo, a nossa análise pode estar indicando tempos de viagens mais baixos, ou seja, o acesso geográfico pode ser pior do que aqueles encontrados, sobretudo nas áreas mais periféricas.

Assim, partimos da seguinte questão: se todos os meios estivessem nos seus postos fixos e houvesse chamadas de emergência em todas as secções (centroide), todas elas teriam um meio de emergência no local da chamada no mesmo tempo de viagem? Deste modo, o tempo de viagem analisado será sempre um tempo artificial, ou seja, uma tentativa de aproximação da realidade.

Outro fator que merece esclarecimento é que foram consideradas as velocidades máximas das vias, do mesmo modo como fizemos na análise do acesso geográfico às unidades de saúde com serviços de urgência. Contudo, sabemos que em alguns casos os meios de emergência podem ultrapassar o limite de velocidade estipulado para cada via, contudo, como já estamos considerando as vias sem nenhuma impedância, por exemplo, trânsito, topografia, ou seja, barreiras que condicionam o fluxo dos meios de emergência, julgamos ser apropriada essa consideração.

Para a análise do acesso geográfico, os meios de emergência foram agrupados em dois conjuntos: VMER e MEM (os que realizam apenas atendimento no local - meios de emergência sem transporte-ME-ST) e AEM, AS e SIV (os que realizam atendimento no local e transporte às urgências hospitalares-meios de emergência com transporte-ME-CT). O objetivo foi conhecer as diferenças no acesso geográfico da população aos meios de emergência que realizam apenas atendimento no local e aqueles que realizam atendimento e transporte do utente ao serviço de urgência.

Posteriormente, considerando apenas os ME-CT, foi analisado o tempo total de viagem aos hospitais com serviço de urgência, através do uso de ambulâncias. Esse tempo de viagem foi medido considerando o percurso: ME-CT-seccão-urgência hospitalar mais próxima em minutos. Isto porque consideramos que nem todas as ocorrências são resolvidas no local, sendo necessários meios de diagnósticos complementares, apenas disponíveis nas unidades hospitalares. Na análise do tempo de viagem a uma urgência hospitalar através do ME-CT só foram considerados os hospitais com urgência de nível

intermediário (SUMC) e mais complexo (SUP). O serviço de urgência de nível mais básico, SUB, não foi considerado em virtude de dispor de poucos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Deste modo, a análise de rede realizada para os meios de emergência resultou em quatro percursos: (i) o acesso geográfico da população a todos os meios de emergência (ME-ST e ME-CT); (ii) o acesso geográfico da população apenas aos ME-ST, (iii) o acesso geográfico da população apenas aos ME-CT, e (iv) o acesso geográfico da população às urgências hospitalares através de ME-CT. Cada um desses percursos foi realizado considerando a população no geral e, para o último percurso, também foi efetuada a análise levando em conta as classes de privação material.

8.3.1 Meios de emergência terrestres não especializados (Total)

Quando avaliamos os tempos de viagem da população da AML a todos os meios de emergência considerados no nosso recorte, verificamos que 91,7% estão a até 5 minutos, alcançando a percentagem de 99% da população quando consideramos o tempo de viagem até 10 minutos. O tempo de viagem máximo encontrado foi de 18 minutos. Este resultado aponta que as secções que apresentaram tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos de uma unidade de saúde com serviço de urgência, independentemente do nível, em 2019, tiveram um tempo de viagem baixo a um meio de emergência. Foi também em virtude desta ampla cobertura e baixo tempo de viagem máximo que não realizamos o cruzamento do tempo de viagem a todos os meios de emergência (ME-CT+ME-ST) e a privação material. Pelos resultados acima descritos, a população independentemente da classe de privação material apresentou ter “ótimo” acesso geográfico a algum tipo de meio de emergência.

Em 2011, três secções apresentaram tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos a um ponto da rede de serviço de urgência na AML, todas elas pertencentes ao concelho do Montijo e à classe de privação Muito Alta. Ao analisarmos os tempos de viagem dessas secções a um meio de emergência constatamos que o tempo mais elevado foi de aproximadamente 10 minutos, e o menor tempo de viagem de aproximadamente 8 minutos. Estes resultados apontam os meios de emergência como um potencial minimizador de injustiça espacial, na medida em que reduz o tempo de viagem ao primeiro contato com serviço de urgência para as áreas que apresentaram piores

resultados às urgências gerais na AML. Contudo, as capacidades de resposta médica dos meios de emergência são bastantes diferenciadas, e de todo não substituem aquelas encontradas nas unidades hospitalares.

Quando analisamos os tempos de viagem para o nível de urgência SUP⁷¹, em 2011 verificamos que 43 secções apresentaram tempos de viagem iguais ou superiores a 30 minutos. Entre essas secções constatamos que o tempo de viagem médio a uma urgência SUP foi de aproximadamente 35 minutos. Contudo, ao analisarmos a que tempo se encontravam essas secções de um dos cinco meios de emergência, verificamos que a média de tempo de viagem foi de aproximadamente 10 minutos. Entre as secções com tempos de viagem iguais ou superiores a 30 minutos, recortamos aquelas com os piores acessos geográficos, com tempo de viagem igual ou superior a 40 minutos a uma urgência SUP. Foram seis as secções dentro deste recorte. O tempo de viagem médio a um meio de emergência entre as seis secções foi de aproximadamente 12 minutos.

Deste modo, a partir da análise dos meios de emergência entre as secções com piores resultados a todos os pontos com serviços de urgências e as urgências hospitalares de nível mais complexo, podemos inferir que eles cumprem o papel de colmatar iniquidade no acesso geográfico à rede de urgência no tecido Metropolitano. Quando levamos em conta que as áreas de privação Muito Alta foram aquelas que se destacaram entre as que apresentaram piores resultados em acesso geográfico à rede de urgência, baixas densidades e população envelhecida, sublinhamos o importante papel exercido pelos meios de emergência ao reduzir o tempo de acesso potencial a um primeiro contato com o serviço de urgência.

8.3.2 Meios de emergência terrestre não especializados que não realizam transporte do utente

Quando recortamos nossa análise apenas para os meios de emergência que não realizam transporte do utente registamos que 43% da população da AML estava a até 5 minutos, 38% entre 5 e 10 minutos e 2% na faixa entre 20 e 30 minutos. Constatamos que 95% da população da AML consegue aceder a uma VMER ou MEM em até 15 minutos. O tempo máximo de viagem a que a população da AML está de um meio de emergência que realiza apenas atendimento no local da ocorrência foi de 34 minutos. Acima dos 30 minutos de

⁷¹ Escolhemos este nível de urgência em virtude de ter menos oferta na AML e, por isso, ter apresentado tempos de viagem mais elevados face aos tempos encontrados para o nível SUMC.

tempo de viagem encontravam-se 1.967 residentes, correspondendo a 0,07% da população da AML, devendo ser esse resultado relativizado, posto que nesta análise só estão os meios de emergência que fazem atendimento no local da ocorrência, mas não realizam transporte dos utentes. (Quadro 42)

Quadro 42 - Tempo de viagem aos meios de emergência que não realizam transporte do utente na AML, 2019

Tempo de Viagem	Secções		População		Pop>64 anos	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	2132	47,16	1234344	43,74	251223	48,89
5-10min	1630	36,05	1091446	38,68	185648	36,13
10-15min	521	11,52	353384	12,52	52544	10,23
15-20min	132	2,92	79734	2,83	13520	2,63
20-30min	103	2,28	61001	2,16	10424	2,03
>30min	3	0,07	1967	0,07	483	0,09
Total	4521	100	2821876	100	513842	100

Fonte: INEM (2019), INE (2011), análise de rede, cálculo da autora.

Quando analisamos o tempo de viagem em relação à população com 64 e mais anos verificou-se que 95,2% se encontrava até 15 minutos de um VMER ou MEM e acima de 30 minutos estavam 483 idosos, representando 0,09% da população idosa da AML e 24,5% da população com tempo de viagem acima de 30 minutos a uma VMER ou MEM. A chamada de atenção que fizemos acerca da relativização dos resultados também vale para esta situação.

8.3.3 Meios de emergência terrestres não especializados que realizam atendimento e transporte do utente

Em relação ao conjunto de meios de emergência que realizam atendimento e transporte do utente, 91,2% da população estava a até 5 minutos. No tempo de viagem até 15 minutos encontrava-se 99,9% da população da AML. Vale ressaltar que há na AML muito mais ME-CT do que ME-ST, o que explica este resultado, tendo em conta ainda a sua maior desconcentração no espaço Metropolitano. O tempo máximo observado para o conjunto da AML foi de 18,4 minutos. Centrando a análise nos idosos, observa-se que os tempos de viagem acompanharam aqueles da população geral, com 91,6% dos idosos com acesso

geográfico de uma ambulância até 5 minutos e 99,9% até 15 minutos. Como vimos, os ME-CT estão em número bem maior na AML, comparado com os MEST, demonstrado pela maior cobertura da população da AML em menos tempo de viagem. (Quadro 43).

Quadro 43 - Tempo de viagem aos meios de emergência que realizam transporte do utente na AML, 2019

Tempo de viagem	Secções		População		Pop >64 anos	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	4143	91,64	2574348	91,23	470804	91,62
5-10min	337	7,45	222596	7,89	38044	7,40
10-15min	38	0,84	23307	0,83	4657	0,91
15-20min	3	0,07	1625	0,06	337	0,07
20-30min	0	0,00	0	0,00	0	0,00
>30min	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	4521	100	2821876	100	513842	100

Fonte: INEM (2019), INE (2011), análise de rede, cálculo da autora.

8.3.4 Urgência hospitalares através de meios de emergência terrestres não especializados que realizam transporte do utente

Como dissemos, um dos percursos mais importantes da análise do tempo de viagem aos meios de emergência na AML diz respeito ao acesso geográfico às urgências hospitalares de nível SUMC e SUP, através de ambulância. Talvez a nossa insistência sobre a relevância deste tópico se prenda com a ideia de que para a população mais pauperizada os ME-CT possam ser os únicos meios de acesso a uma urgência hospitalar sem a implicação de gastos financeiros. Tal significa que estes meios vêm minimizar as barreiras existentes com a procura daquele serviço.

A análise do acesso geográfico aos serviços hospitalares de urgência através dos ME-CT demonstrou que 18,3% da população está até 5 minutos, 47,4% entre 5 e 10 minutos e 21,3% entre 10 e 15 minutos. Aproximadamente 87% da população da AML encontra-se até 15 minutos de uma urgência hospitalar, de nível SUMC ou SUP, com a utilização de ambulância (Quadro 44).

Quadro 44 - Tempo de viagem as urgências hospitalares SUMC e SUP através de ambulâncias na AML, 2019

Tempo de Viagem	Secções		População		Pop>64 anos	
	N	%	N	%	N	%
até 5 min	984	21,77	518149	18,36	121258	23,60
5-10min	2117	46,83	1339732	47,48	247564	48,18
10-15min	853	18,87	601494	21,32	85025	16,55
15-20min	335	7,41	225099	7,98	36650	7,13
20-30min	191	4,22	112542	3,99	18271	3,56
>30min	41	0,91	24860	0,88	5074	0,99
Total	4521	100	2821876	100	513842	100

Fonte: INEM (2019), INE (2011), análise de rede, cálculo da autora.

O tempo máximo de viagem encontrado para a AML foi de 44,7 minutos. Verificou-se que 1% da população da AML, cerca de 24.860 pessoas, estava a mais de 30 minutos de um serviço de urgência SUP ou SUMC utilizando ambulância, concentrando as áreas periféricas da AML os maiores tempos de viagem, com destaque para os concelhos do Montijo, Alcochete, Sesimbra, Palmela e Setúbal, na Margem Sul; e Mafra, Sintra e Vila Franca de Xira, na Margem Norte da AML. (Figura 32).

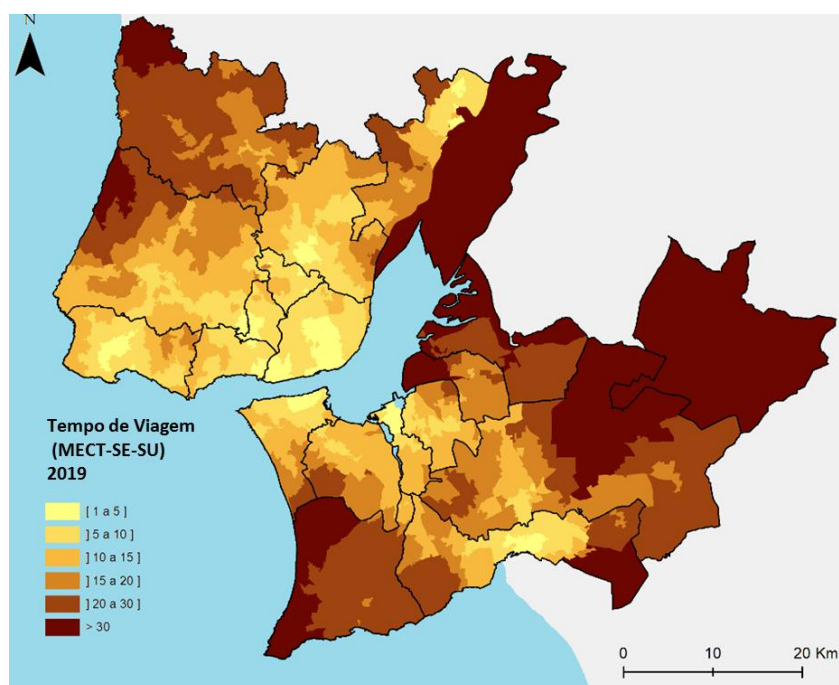


Figura 32 - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência através dos Meios de Emergência com Transporte, 2019

Fonte: Análise de rede, 2018. Nota: MECT-SEC-SU (Meio de emergência com transporte-seccção-serviço de urgência)

Quanto à população idosa, 88,3% está até 15 minutos de uma urgência, nível SUMC ou SUP, através de ambulância e, aproximadamente, 1% dos idosos da AML estava a mais de 30 minutos de tempo de viagem, correspondendo a 5.074 idosos, representando esse total 20,4% da população que registou tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência hospitalar nível SUMC ou SUP.

Uma vez apresentados os resultados do acesso geográfico aos meios de emergência levando em conta a totalidade da população, repetimos a análise para o IPM. Com base no IPM construído, relembramos que as áreas inseridas na classe de privação Muito Baixa (9,8% da população da AML) e Baixa (49,9% população) representam em conjunto pouco mais de metade da população da AML. Nas áreas com classe de privação Média estão presentes 27,8% da população, seguida das classes de privação Alta e Muito Alta com 7,8% e 4,7%, respetivamente.

A partir deste cruzamento verificamos que os maiores tempos foram encontrados na área de privação Alta, aproximadamente 45 minutos, seguida da área de privação Muito Alta, com tempo de viagem máximo, de aproximadamente 44 minutos, como pode ser observado na Figura 33.

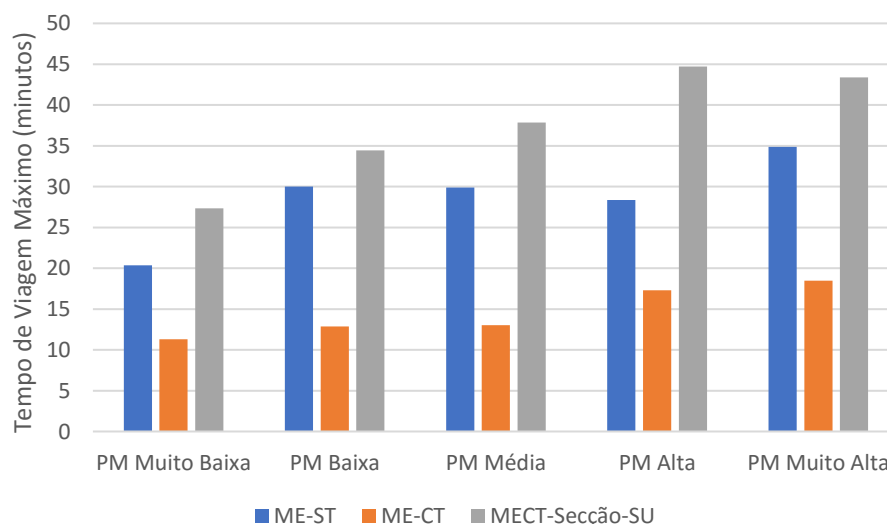


Figura 33 - Tempo de Viagem Máximo aos Meios de Emergência por Classe de Privação Material, 2019

Fonte: Análise de rede. Cálculo da autora.

Nota: ME-ST (tempo de viagem aos meios de emergência que não realizam transporte do utente), ME-CT (tempo de viagem aos meios de emergência que realizam atendimento e transporte do utente) e MECT-Secção-SU (tempo de viagem a urgência hospitalar através de ambulância).

De modo complementar, analisamos também o cruzamento do tempo de viagem máximo aos meios de emergência que realizam e não realizam transportes, embora os tempos de viagem encontrados tenham sido mais baixos. Como podemos observar, os resultados são similares. O tempo de viagem máximo está nas classes com piores resultados em privação material (Alta ou Muito Alta), ainda que no caso particular dos ME-ST o segundo maior tempo de viagem máximo esteja na classe de privação Baixa. Nos outros dois percursos analisados não apenas os piores resultados em termos de tempo de viagem máximo estão nas classes potencialmente mais empobrecidas, como o tempo de viagem foi apresentando um crescente no sentido da classe mais afluenta para a classe com privação mais elevada.

Voltando à análise apenas para o tempo de viagem às urgências hospitalares através de ambulância (MECT-Secção-SU), ao analisarmos a percentagem cumulativa da população nas classes de tempo de viagem e IPM verificamos que um maior quantitativo populacional da classe de privação Muito Baixa experiencia tempos de viagem mais reduzidos (Figura 34).

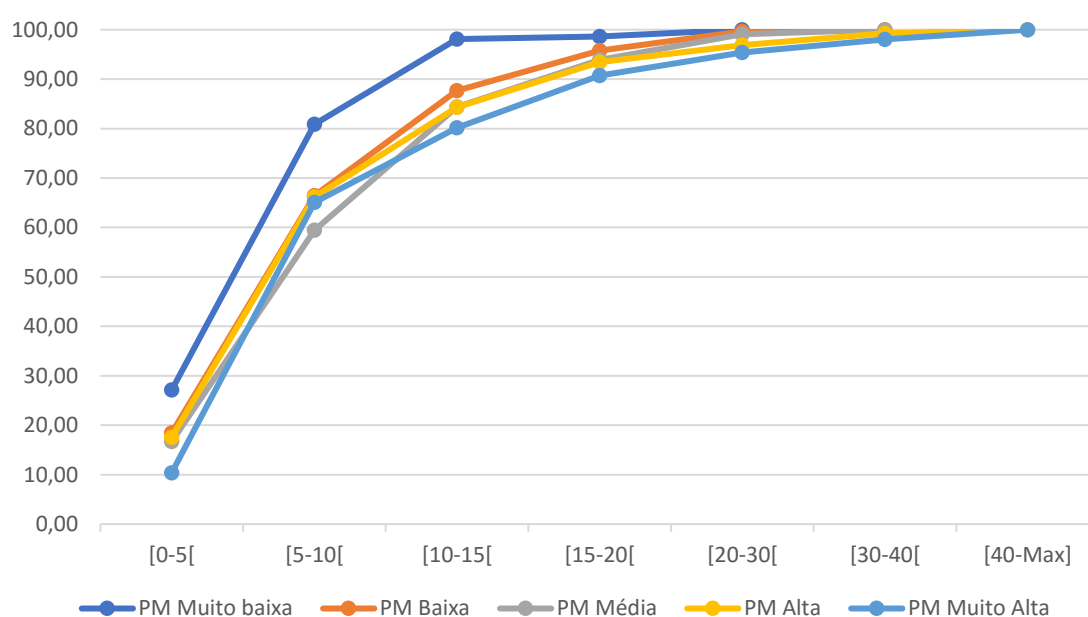


Figura 34 - População cumulativa por classes de Tempo de Viagem (%) e de Privação Material as Urgências Hospitalares através de ambulâncias (MECT-Secção-SU) na AML, 2019

Fonte: Análise de rede. Cálculo da autora.

Como podemos observar através da linha que representa o cumulativo de população residente inserida em áreas de privação Muito Baixa, pouco mais de 80% tinha acesso a uma urgência hospitalar através de ambulância em até 10 minutos, enquanto este intervalo de tempo abrangia aproximadamente 60% da população inserida na classe de privação Média e 66% da população nas classes de privação Baixa, Alta e Muito Alta. Quando ampliamos a observação para o tempo de viagem até 15 minutos, constatamos que neste tempo está inserida quase a totalidade da população da classe de privação Muito Baixa, aproximadamente 99%, sendo a curva da população inserida na classe de privação Muito Alta a mais distante, estando inseridas neste intervalo 80% da população. Embora o valor absoluto de população em cada classe seja desigual, com menos população nas classes de privação Alta e Muito Alta, a população inserida nessas duas classes experiencia tempos de viagem aos serviços de urgência, através de ambulâncias, mais elevados.

No que respeita apenas ao trajeto MECT-Secção-SU, as duas áreas com maior privação também se destacaram, junto com a classe Média, com maiores médias de tempo de viagem aos serviços de urgência hospitalar com uso de ambulância: 10,7 minutos na classe de privação Muito Alta e 9,8 minutos na classe de privação alta e média. Estas três classes de privação sobressaem também nos tempos mais elevados da mediana e 3º quartil (Quadro 45).

Quadro 45 - Tempo de viagem aos serviços de urgência hospitalar, através de ambulâncias, por classe de Privação Material, 2019

Classes de Privação Material	Secções (n)	População (%)	T.			
			Viagem Máximo	Mediana	3º Quartil	Média
Muito baixa	470	9,8	27	6,7	8,9	7,1
Baixa	2239	49,9	34	7,8	11,1	8,9
Média	1251	27,8	38	8,5	12,2	9,8
Alta	356	7,8	45	8,0	12,2	9,8
Muito Alta	205	4,7	44	8,1	11,7	10,7

Interessados na identificação das áreas com piores resultados, ou seja, nas áreas de intersecção entre tempo de viagem mais elevado e privação material Alta ou Muito Alta, iniciámos nossa análise aproximando-nos apenas das secções com tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos a uma urgência hospitalar, SUMC ou SUP, através de ambulância. Verificámos que apenas a classe de privação Muito Baixa não apresentou

tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos. Todas as outras classes apresentaram secções com tempo igual ou superior a 30 minutos de uma urgência hospitalar com uso de ME-CT. As secções estavam distribuídas da seguinte forma:

- IPM Baixo 9 secções com 4.484 pessoas;
- IPM Média 11 secções com 7.350 pessoas;
- IPM Alta 11 secções com 6.815 pessoas;
- IPM Muito Alta 10 secções com 6.211 pessoas.

Estas secções (n=41) pertencem aos concelhos de Vila Franca de Xira, Mafra e Sintra na Margem Norte da AML; e Alcochete, Sesimbra, Moita, Palmela, Setúbal e Montijo, na Margem Sul. De um modo geral, estes concelhos têm uma localização relativamente periférica no território da AML (Figura 35).

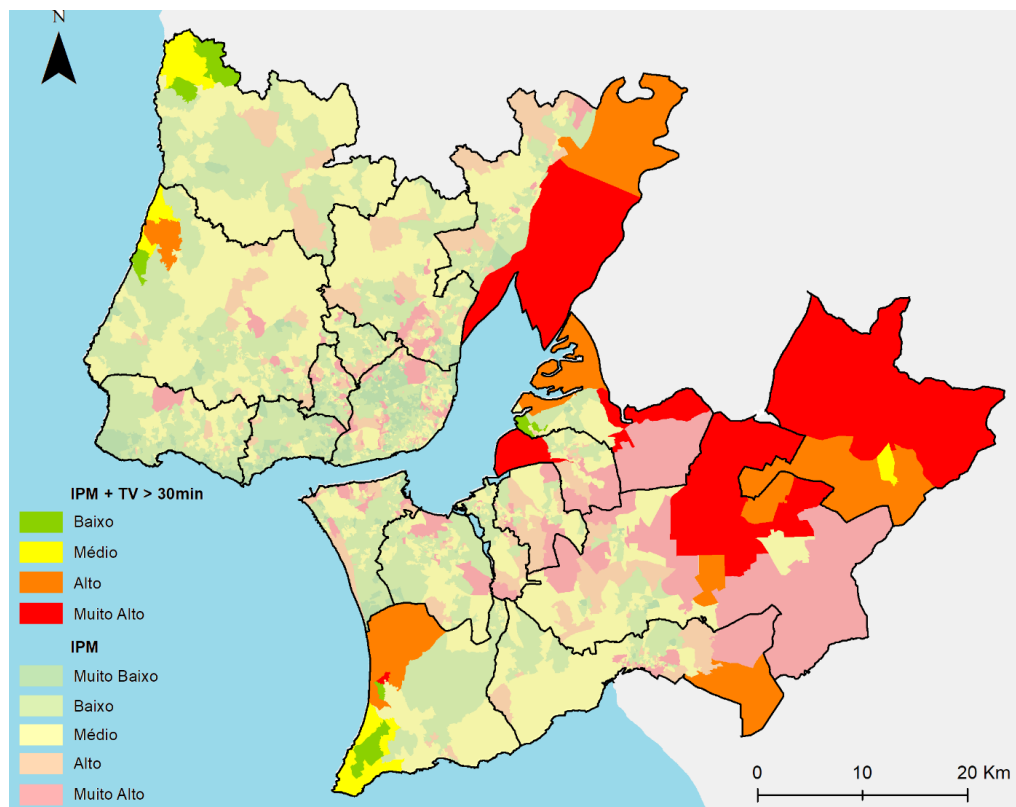


Figura 35 - Áreas com Tempo de Viagem Igual ou Superior a 30 minutos aos Serviços de Urgências Hospitalares Polivalente e Médico-cirúrgico na AML, 2019

Fonte: Análise de rede.

Com o intuito de conhecer um pouco mais essas áreas, calculamos um índice de envelhecimento (IE)⁷² para a AML (2011), com o objetivo de verificar a sua relação com as áreas com tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos a uma urgência SUP ou SUMC, via ambulância. Foram utilizados dados do Censo 2011. Ao analisarmos a média do índice de envelhecimento por classe de privação, verificamos que a classe de privação Muito Alta apresentou a média mais baixa entre as classes, EI=161, enquanto a classe de privação Alta apresentou a média mais alta, EI=191, apresentando todas as classes uma média do IE acima do IE da AML em 2011, que foi de 118,6.

Ao analisarmos a média do IE apenas nas áreas com tempo de viagem acima de 30 minutos a uma urgência hospitalar, com uso de ambulância, destacaram-se as secções pertencentes à classe de privação Muito Alta, com uma população muito envelhecida, com média de 318 idosos para cada 100 jovens (Quadro 46).

Quadro 46 - Áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos aos serviços de urgência hospitalar com uso de ambulância

MECT– Secção- SU					
Classes de Privação Material	Secções (n)	População (n)	T. Viagem Máximo	Índice de Envelhecimento (Média)	Concelhos a que pertencem as secções
Baixa	9	4484	34,4	189,7	Mafra, Sintra, Sesimbra e Alcochete
Média	11	7350	37,8	144,9	Mafra, Sintra, Sesimbra e Montijo
Alta	11	6815	44,7	182	Sintra, Vila Franca de Xira, Sesimbra, Alcochete, Palmela, Montijo e Setúbal
Muito Alta	10	6211	43,3	318	Vila Franca de Xira, Sesimbra, Montijo e Palmela

No que respeita à análise do tempo de viagem a uma urgência hospitalar com o uso de ambulância, verificámos que entre as classes de privação com tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos, a classe de privação Baixa foi aquela que apresentou o menor número de população nesta condição, bem como o menor número de secções. Já as classes de privação Média e Alta destacaram-se por apresentar o maior número de secções com tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos a uma urgência SUMC ou SUP, via MECT. Quanto ao total de população destacou-se a classe de privação Média, seguida

⁷² Foi calculado com base no número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de jovens com idade de 0 a 14 anos. Representa o número de idosos por cada 100 pessoas com idade de 0 a 14 anos.

das classes Alta e Muito Alta nesta ordem, apresentando as três classes maior proximidade entre si em termos populacionais.

Das 41 secções com tempo de viagem acima de 30 minutos aos serviços de urgências hospitalares, SUMC ou SUP, através de ambulâncias, vimos que 21 delas eram coincidentes com as classes de privação Alta e Muito Alta e que, na Margem Sul, constatou-se uma maior sobreposição desses dois fatores. (Figura 36).

Na Margem Norte, apenas os concelhos de Sintra (1 secção-647 pessoas) e Vila Franca de Xira (2 secções-925 pessoas) apresentaram secções de intersecção entre elevado tempo de viagem MECT-Secção-SU e privação Alta e Muita Alta. Já na Margem Sul, as áreas reunindo essas duas características foram identificadas no Montijo, em Sesimbra, Alcochete, Palmela e Setúbal, com destaque para o Montijo, que apresentou o maior número de população e de secções nas áreas de intersecção, 5.654 pessoas distribuídas em oito secções, e Palmela, logo em seguida, com 4001 pessoas em cinco secções.

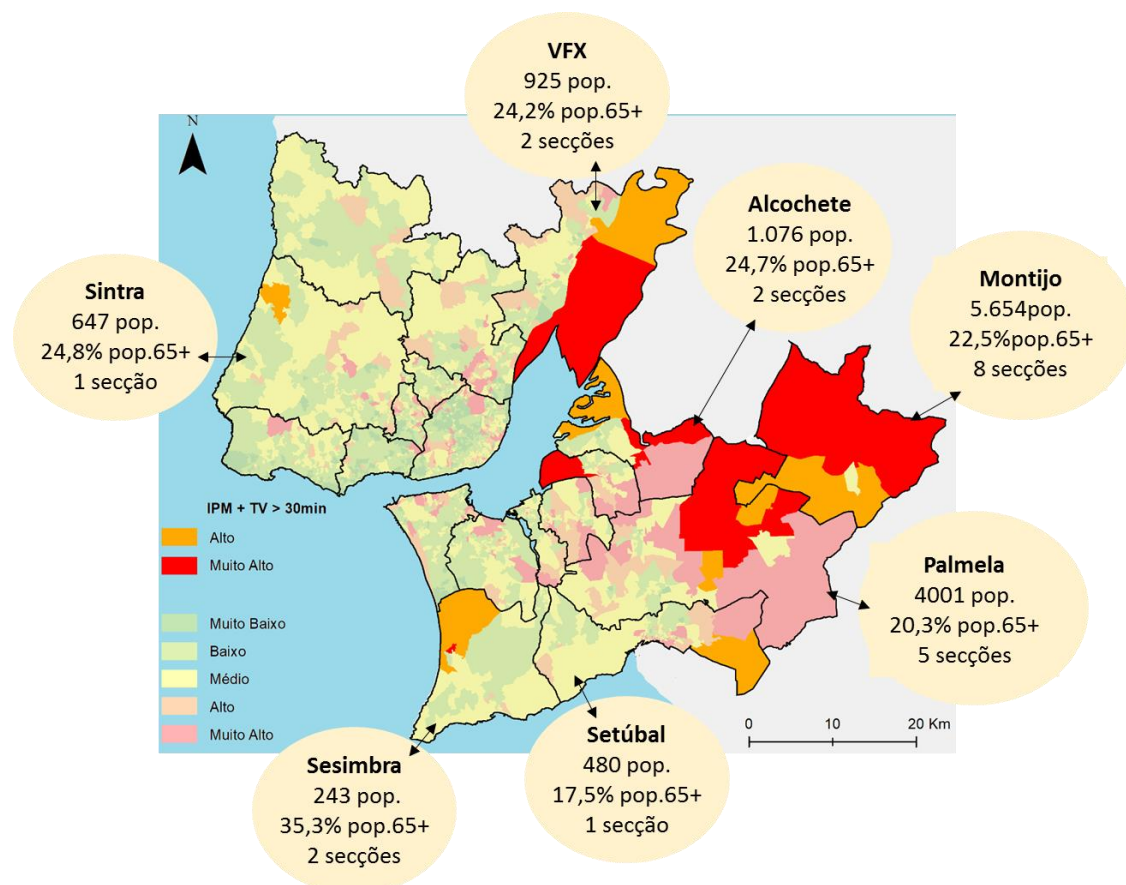


Figura 36 - Áreas de intersecção entre Tempo de Viagem superior a 30 minutos a uma Urgência Hospitalar Polivalente e Médico-cirúrgico, via ambulância, e Privação Material Alta e Muito Alta na AML, 2019

Fonte: Análise de rede.

A análise do trajeto MECT-Secção-SU e o seu cruzamento com as classes de privação material permitiu constatar que a Margem Sul apresentou piores resultados, posto que nas classes de privação Alta e Muito Alta há uma sobre-representação destes fatores. Através da nossa análise verificamos ainda a existências de secções com pior acesso às urgências hospitalares (tempo de viagem igual ou superior a 30 minutos), via ambulância, em todas as classes de privação material, com exceção apenas da classe Muito Baixa, demonstrando que o pior acesso não é exclusivo das áreas com população em privação máxima.

Contudo, a população pertencente às áreas com maior privação tem potencialmente menos capacidade para responder às situações de emergência e urgência, representando o tempo de viagem elevado nessas zonas mais uma “camada” de vulnerabilidade. Evidencia-se, assim, uma situação de injustiça espacial, quando verificamos que as áreas com privação material elevada são aquelas onde também “coincidem” os tempos mais elevados de viagem a uma urgência via ambulância. Esta situação torna-se mais gravosa devido à comprovada associação de áreas de privação elevada com doenças respiratórias e cardiovasculares (Allender *et al.*, 2012; Blain, *et al.*, 2014), para as quais o tempo de acesso aos meios de emergências e às urgências hospitalares através de ambulância são cruciais para as taxas de sobrevivência. Além disso, a análise demonstrou que o estudo do tempo de viagem, considerando a população de forma socioeconomicamente homogênea, camufla iniquidades espaciais e, porventura, injustiça espacial.

Capítulo 9 – O “Uso” do Espaço nas Estratégias de Planeamento dos Serviços de Urgência Público e Privado: uma análise à luz do capital espacial

“Toda interpretação tem um conteúdo político.”

Milton Santos

A prestação de serviço de saúde privado em Portugal vem demonstrando ser um setor em crescimento e, ao que parece, com margem para continuidade da atual expansão, como veremos. Embora o nosso foco esteja assente na justiça espacial a partir do serviço público de saúde (serviço de urgência), por entender que este tem como princípio fundamental o acesso a todos os cidadãos, consideramos crucial apresentar e discutir a geografia atual (2019) do serviço de urgência privado na Área Metropolitana de Lisboa (AML). O nosso interesse reside em discutir a “rede” de prestação de serviço de urgência privado na AML em contraponto com a rede atual de serviço de urgência pública, procurando perceber como o espaço tem sido mobilizado pelos *stakeholders* dos setores público e privado.

Assim, a discussão que envolve as parcerias público-privado e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apesar de estarem recorrentemente nos debates na esfera política, e serem de grande interesse social, político e acadêmico, não serão para aqui trazidos em profundidade, tendo em vista o seu alto grau de complexidade. Ademais, o mergulho nesses temas poderia nos afastar do interesse central do nosso trabalho. Eventualmente, o debate advindo da análise da geografia da rede privada de serviço de urgência na AML, em contraposição à pública, poderá nos aproximar de alguns dos temas apontados.

Deste modo, procurando a proximidade com a dimensão espacial buscaremos, através da análise da geografia da rede de serviço privado de urgência (face à pública), discutir (i) como o espaço tem sido utilizado e pensado pelos “planejadores” privados e públicos do setor da saúde, (ii) as áreas com melhores e piores acessos geográficos aos serviços de urgência privados e (iii) em que medida os dois sistemas, em termos de serviço de urgência, são espacialmente “redundantes/concorrentes” e/ou potencialmente complementares. Complementarmente, apresentaremos com base nos indicadores (i) número de hospitais, (ii) camas por 100.000/hab., (iii) consultas externas e (iv)

atendimentos de urgência, como o setor privado vem ganhando expressividade em Portugal. Esses indicadores foram recolhidos na base de dados aberta do INE.

Para a construção deste capítulo contamos com o levantamento de todas as unidades de saúde privadas com serviço de urgência 24h para o ano de 2019, análise de rede seguindo os mesmos critérios e passos para a mensuração do acesso geográfico ao serviço público de urgência e entrevistas com *stakeholders* da saúde dos setores público e privado. Quanto ao acesso geográfico seguimos a mesma metodologia utilizada para a mensuração do acesso geográfico ao serviço público de urgência. Todos os procedimentos estão descritos em detalhe no capítulo metodológico.

Ainda no âmbito deste capítulo, o conceito de capital espacial foi mobilizado, de modo a nos ajudar a discutir e sustentar a ideia de que os sujeitos, aqui do setor privado, acionam atributos do espaço, sendo este último entendido como uma forma de capital, para garantir a (re)produção do capital econômico. Ademais, esta não é uma capacidade exclusiva dos agentes privados. Partimos do entendimento de que o setor público também aciona atributos do espaço, no seu processo de planeamento de políticas territoriais, contudo tendo como princípio de “retorno” a garantia de equidade e menos injustiça espacial generalizada na cidade.

9.1 A expansão do setor privado da saúde em Portugal

O setor privado da saúde em Portugal vem ganhando grande expressividade, particularmente a partir do início dos anos 2000, tendo apresentado grande destaque ao longo do tempo as clínicas de meios complementares de diagnósticos e análises clínicas. O crescimento do protagonismo dos grupos privados nos cuidados hospitalares prende-se, não só com o reforço da prestação deste serviço à população através de seguros privados, mas também do papel complementar do setor público, nomeadamente através de acordos com o SNS, dos quais, as Parcerias Público-Privado (PPP) são um exemplo.

Em 1999, Portugal contava com 221 hospitais na sua totalidade, dos quais 125 eram públicos e 93 pertencentes ao setor privado. Vale destacar que dos 125 hospitais públicos 114 eram de acesso universal e os 11 hospitais restantes destinam-se ao corpo militar e serviço prisional, chamados de hospitais restritos (Figura 37).

Ainda em 1999, mesmo considerando apenas os hospitais públicos de acesso universal, estes representavam a maioria dos estabelecimentos em Portugal. Em 2017, os números

demonstram o crescimento do setor privado e a retração do setor público neste quesito. Entre 1999 e 2017, ainda considerando apenas os hospitais públicos com acesso universal, o setor privado abriu 21 novas portas de unidades hospitalares, enquanto o setor público tinha menos nove hospitais no mesmo período.

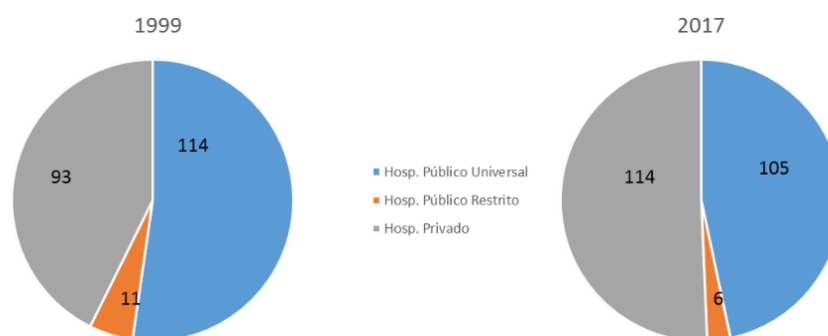


Figura 37 - Número de hospitais públicos e privados em Portugal, 1999 e 2017

Fonte: Estatísticas da Saúde (INE, 2000; 2019).

Nota 1: Os dados para 1999 foram obtidos no INE (Número de hospitais e natureza institucional: ano mais antigo 1999 e mais recente 2012). A partir de 2013, os dados foram obtidos nos Relatórios de Estatística da Saúde (INE).

Nota 2: Os hospitais em parceria público-privado são contabilizados nos hospitais públicos universais.

Entre 1999 e 2008, o número de hospitais privados foi sempre variando entre pequenos aumentos e retrações. Contudo, de 2009 a 2017, não houve qualquer diminuição. Neste período, importa realçar uma certa “estagnação” do crescimento nos anos da crise e pós-crise 2012, 2013 e 2014, mantendo-se em 107 o número de hospitais privados nos anos citados (Figura 38).

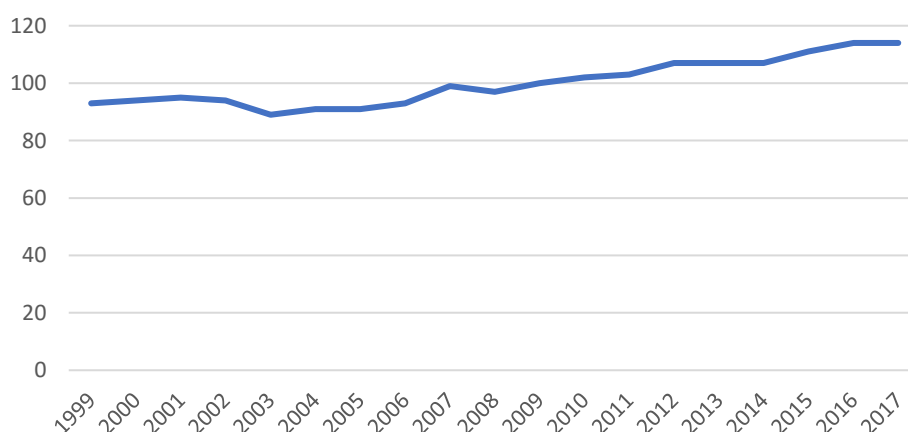


Figura 38 - Evolução do número de hospitais privados em Portugal, 1999-2017

Fonte: INE.

Nota: Os hospitais em parceria público-privada não são aqui considerados.

Quando analisamos a evolução do setor privado juntamente com o público, de 1999 a 2017, verificamos que entre 1999 e 2006, o número de hospitais públicos sempre se manteve superior ao número de hospitais privados. Em 2007, o setor privado alcançou o mesmo número de hospitais públicos, 99 unidades, em virtude da diminuição de hospitais públicos entre 2006 e 2007, passando de 107 para 99 unidades, enquanto privado passou no mesmo período de 93 para 99 hospitais, respectivamente. (Figura 39).

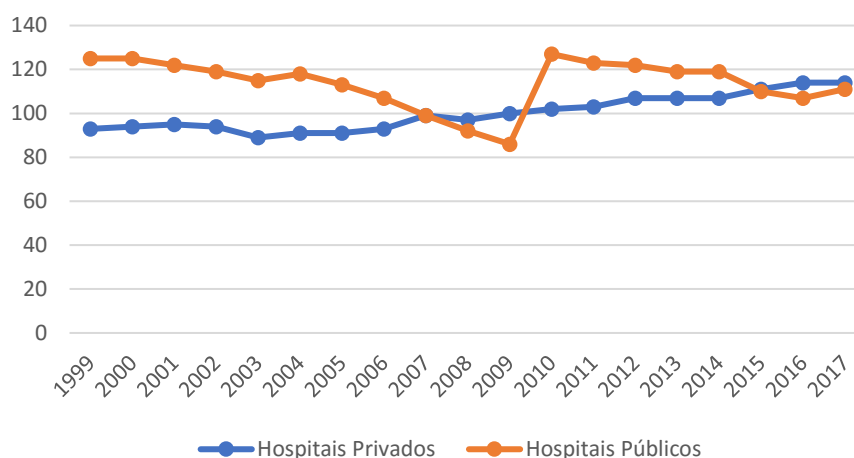


Figura 39 - Evolução do número de hospitais públicos e privados em Portugal, 1999-2017

Fonte: INE.

Nota 1: A diferença acentuada que se vê entre 2009 e 2010 deve-se a quebra de série decorrente da mudança do “conceito” da unidade estatística “hospital”. A partir de 2010 houve uma extensão do conceito e passou a englobar mais unidades. Logo, a mudança entre 2009 e 2010 não representa aumento real do número de hospitais públicos. No privado isso não se aplica.

Nota 2: os hospitais em parceria público-privada estão contabilizados como hospitais públicos.

Como se pode observar, 2008 foi o ano em que pela primeira vez, neste período de tempo, o número de hospitais privados ultrapassou o número de hospitais públicos e mantém-se à frente também em 2009. Em 2010, face à quebra de série, pela mudança no entendimento da unidade “hospital” por parte do INE, o que significou uma maior abrangência de unidades de saúde consideradas hospitais, não sabemos até que ponto o aumento no número de hospitais públicos foi de fato abertura de novas unidades. Contudo, independentemente deste fato, interessa ressaltar que entre 2010 e 2016 o número de hospitais públicos foi sempre decrescente, com a manutenção de 119 hospitais em 2013 e 2014. Destacamos ainda, que apesar da alteração da série mencionada, o que elevou significativamente o número de hospitais públicos, em 2015, o número de

hospitais privados voltou a ultrapassar o público e assim se mantém até 2017. Neste último ano, o setor privado detinha 114 hospitais em funcionamento em Portugal.

Quando analisamos o número de camas por 100.000/hab detidas pelo setor privado, no período entre 2010 e 2018, constatamos que este tem sido crescente, com exceção entre 2013-2014 e 2016-2017, passando de aproximadamente 91 camas por 100mil/hab em 2010 para 110 em 2018. Os dois períodos de diminuição do número de camas são coincidentes com períodos em que não há mudança no número de hospitais pertencentes ao setor privado (Figura 40).

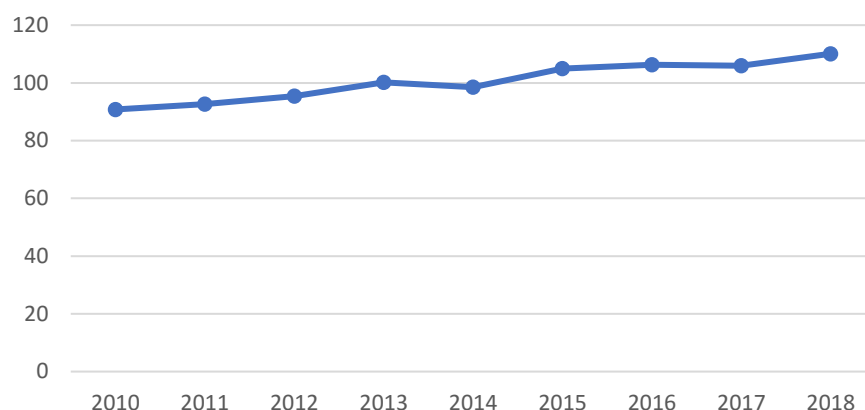


Figura 40 - Evolução no número de camas por 100.000/hab. no setor privado, 2010-2018

Fonte: INE. Nota: Os dados para 2018 são provisórios.

Quando comparamos este indicador com o setor público, verifica-se que, apesar da assimetria entre os números de camas por 100mil/hab entre os dois setores, o setor público fica marcado por uma diminuição (Figura 41).

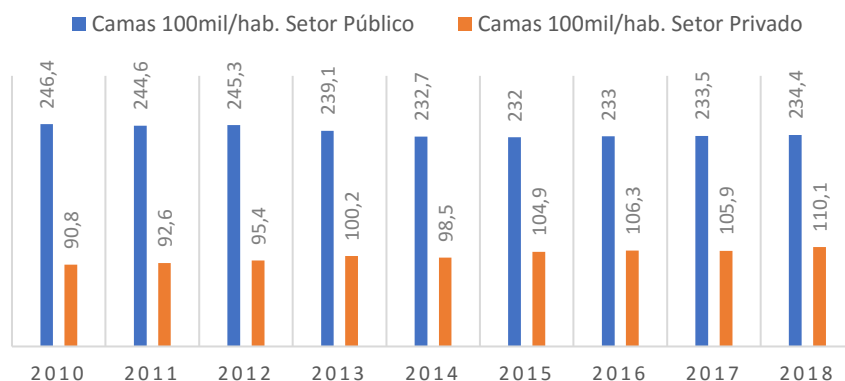


Figura 41 - Evolução de camas (nº) por 100.000/hab. nos setores público e privado, 2010-2018

Fonte: INE.

Como se pode observar, no período entre 2010 e 2015, o número de camas foi sempre decrescente no setor público, apresentando uma recuperação nos últimos três anos da análise. Deste modo, na linha do tempo verifica-se uma gradativa diminuição das diferenças entre os setores público e privado, em número de camas por 100 mil/hab., ainda que o setor público apresente uma larga expressividade.

No que respeita às consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais, o setor privado também vem demonstrando “ganhar terreno” neste quesito. (Figura 42).

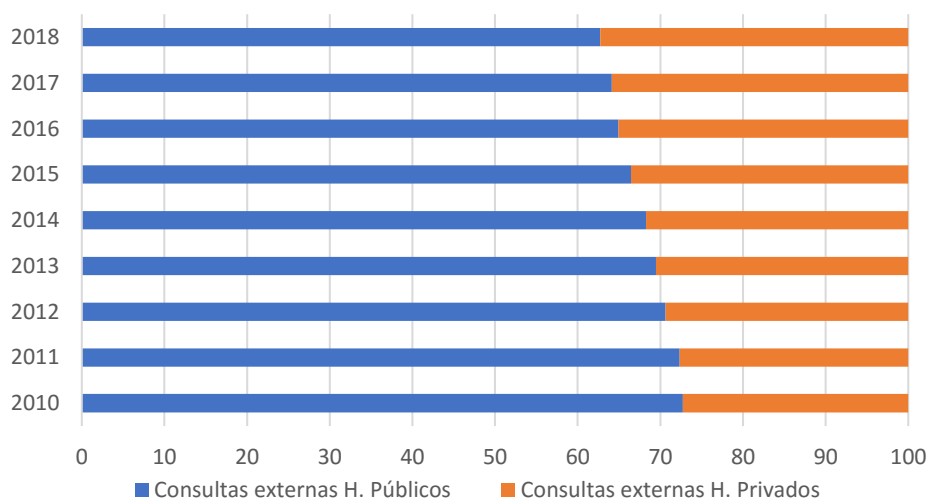


Figura 42 - Consultas médicas (%) na unidade de consulta externa nos hospitais públicos e privados, 2010-2018
Fonte: INE.

Como podemos observar, tem-se registado um aumento das consultas externas realizadas em hospitais privados entre 2010-2018. Em 2010, do total das consultas externas realizadas em Portugal (15,7 milhões), 27,2% foram efetuadas em hospitais privados, já em 2018 este valor sobe para 37,2%, representando 20,3 milhões de consultas.

Contudo, a retração percentual das consultas externas realizadas pelos hospitais públicos face às realizadas nos hospitais privados não indica em número absoluto uma diminuição. Entre 2010 e 2018 houve um aumento consecutivo no número de consultas externas realizadas nos dois setores. Contudo, quando analisamos a taxa de variação constatamos que o aumento foi mais acentuado no setor privado, o que explica o avanço da percentagem das consultas efetuadas neste setor. Por exemplo, entre 2017 e 2018 a taxa de variação no setor público foi de 0,7% e no privado 7%.

Quando analisamos os atendimentos em serviço de urgência em Portugal vimos que os resultados foram similares no que respeita ao ganho de expressividade do setor privado na prestação deste serviço. Em 2010, em Portugal foram realizados 7,5 milhões de atendimentos em serviço de urgência, dos quais, aproximadamente, 89,6% foram nos hospitais públicos e 10,4% no setor privado. Já em 2018 houve uma diminuição da representatividade do setor público, representando 82,3% dos atendimentos e o privado 17,7%, do total dos 7,8 milhões de atendimentos registados.

Entre 2010 e 2018, os números de atendimentos em serviço de urgência efetuados em hospitais privados foram crescentes, com exceção apenas na transição 2016-2017. Já o setor público apresentou, no período de análise, mais alterações entre aumentos e decréscimos.

Assim, como vimos para as consultas externas realizadas em hospitais, é grande a assimetria entre os atendimentos de urgências efetuados nos hospitais públicos e privados, mas é evidente o crescimento do setor privado da saúde, pelo menos, na última década. Ao analisarmos a evolução da representação dos setores público e privado no total de atendimentos em serviço de urgência, vimos que a representação do setor público vem decaindo, apesar do aumento absoluto do número de atendimentos em alguns períodos, evidenciando o crescimento mais acentuado do setor privado (Figuras 43 e 44).

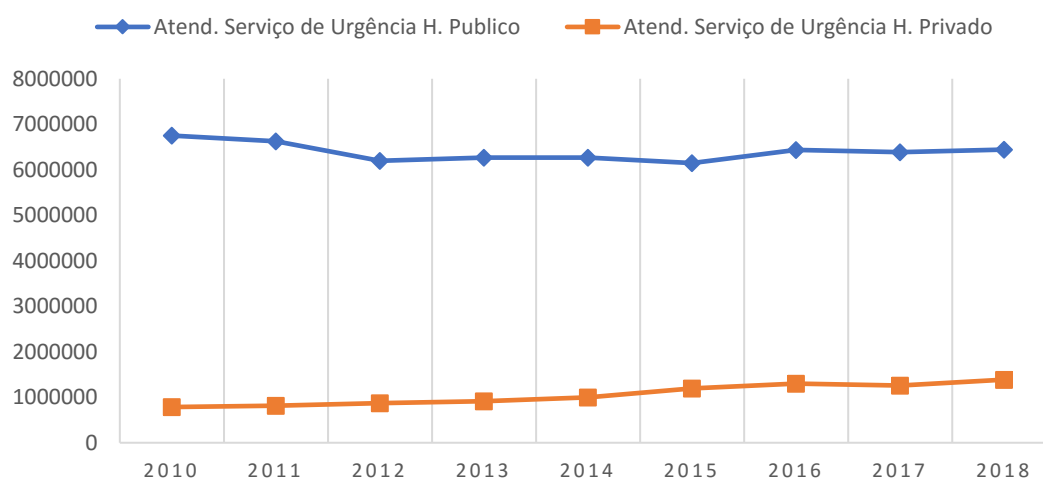


Figura 43 - Evolução dos atendimentos em serviço de urgência em hospitais públicos e privados, 2010-2018

Fonte: INE.

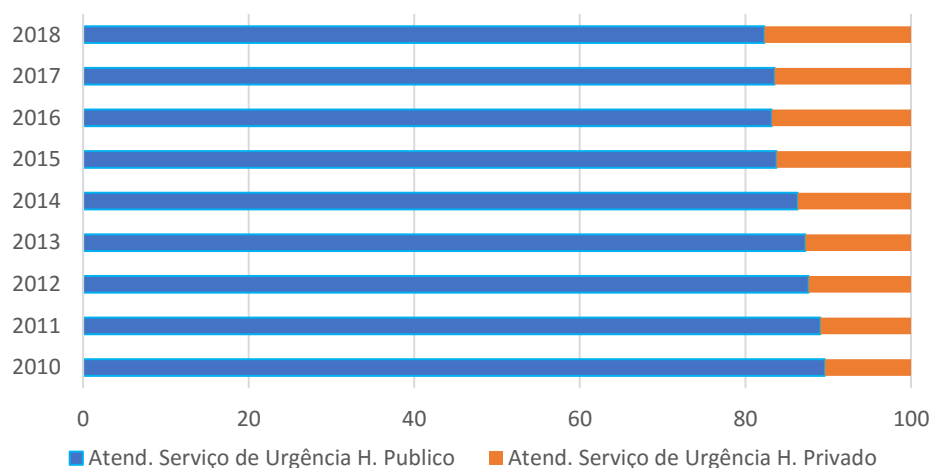


Figura 44 - Evolução atendimentos em serviço de urgência (%) em hospitais públicos e privados, 2010-2018

Fonte: INE.

Como se pode ver na Figura 44, a percentagem de atendimentos de serviços de urgência realizados em hospitais privados foi quase sempre crescente. O único registo de retração apresentado pelo setor privado, percentual e absoluto, deu-se em 2016-2017, único período coincidente de quebra nos setores público e privado.

Um dos fatores que pode estar na base do crescimento do setor privado na saúde ou ao menos destes indicadores é o aumento da contratação de seguros de saúde privados por parte da população portuguesa. Estes seguros de saúde funcionam na lógica do livre mercado, no qual a adesão é voluntária, sendo a obrigatoriedade de seguros privados apenas para casos específicos⁷³.

Segundo o estudo “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde” (2015), realizado pela Entidade Reguladora da Saúde, em 1990, havia em Portugal cerca de 500 mil pessoas cobertas por seguros de saúde privados, representando os seguros privados individuais 10% do total. Em 2015, o número total de pessoas cobertas por um seguro de saúde privado alcançou os 2,6 milhões, segundo o estudo realizado pela

⁷³ Vale ressaltar que nem todo seguro de saúde privado é voluntário. Também há a modalidade de seguro de saúde privado obrigatório. Um dos exemplos de obrigatoriedade foi posta pela Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto (em regime de reciprocidade) aos cidadãos da União Europeia e dos membros das suas famílias, podendo ser lido no capítulo IV, artigo 7 (alínea b): “Disponha de recursos suficientes para si próprio e para os seus familiares, bem como um seguro de saúde, desde que tal seja exigido no Estado membro da sua nacionalidade aos cidadãos portugueses”.

Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados (2017), intitulado “Sector Privado da Saúde em Portugal”.

A partir dos anos 2000 houve uma mudança considerável no que era a proporção de seguros privados de saúde individual e de grupo. Durante toda a década de 1990 os seguros de saúde privados de grupo representavam à volta de 83% do total de seguros de saúde. A partir dos anos 2000 houve um aumento dos seguros de saúde privados individuais, representando cerca de 48%, segundo um estudo publicado pelo Instituto de Seguros de Portugal (Ramos e Silva, sd).

Em 2013, 21% da população portuguesa, ou seja, aproximadamente 2.196.160 pessoas estavam cobertas por um seguro privado de saúde, representando os seguros de saúde privados individuais, aproximadamente, 49% do total, demonstrando a relevância social que estes seguros vêm assumindo para a população portuguesa e o seu papel como agente financiador da saúde.

Quando analisamos o total das despesas correntes em saúde⁷⁴ em Portugal verificamos que estas cresceram consecutivamente, com um incremento que perdurou até 2010, havendo uma retração nos anos imediatos ao início da crise econômica, 2010-2013, continuando a aumentar a partir de então (INE, 2019). (Figura 45).

O aumento das despesas correntes em saúde a partir de 2014 contrariou a tendência apontada no estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde, publicado no primeiro trimestre de 2015, “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde”, tendo em vista o compromisso de Portugal, em conjunto com os demais Estados-Membros da União Europeia, com uma política fiscal restritiva através da assinatura do Tratado de Estabilidade, Coordenação e Governação (TECG) em março de 2012, cujo reatamento seria a diminuição continuada das despesas correntes em saúde em Portugal.

⁷⁴ A despesa corrente aqui refere-se a pública e privada juntas. A despesa corrente pública “corresponde à despesa suportada pelos agentes financiadores públicos que gerem e administram os regimes de financiamento das Administrações Públicas e os regimes de financiamento contributivos obrigatórios”. E a privada “corresponde à despesa suportada pelas famílias e pelos agentes financiadores privados que gerem e administram os regimes de financiamento voluntários”. (INE, 2019, p. 2).

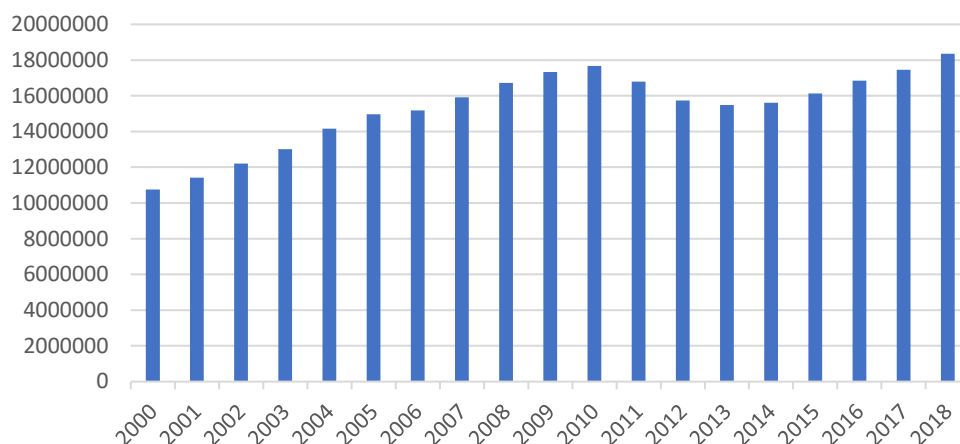


Figura 45 - Despesas correntes em cuidados de saúde em Portugal, 2010-2018

Fonte: INE Conta Satélite da Saúde.

Nota: O valor apresentado para 2017 é provisório e para 2018 é preliminar

Ademais quando analisamos a despesa por agente financiador, entre os anos 2000 e 2018, verificamos que tem havido uma diminuição percentual da participação do poder público e aumento da participação do setor privado. (Figura 46).

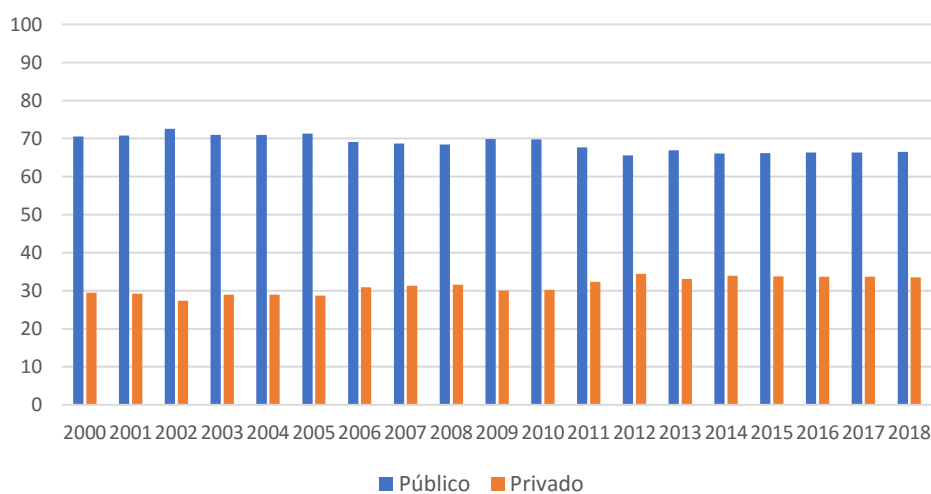


Figura 46 - Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador (%), 2000-2018

Fonte: INE Conta Satélite da Saúde.

Nota: O valor apresentado para 2017 é provisório e para 2018 é preliminar.

No ano 2000, o poder público era responsável por 70,5% da despesa corrente em cuidados de saúde. Em 2018, a participação do poder público nas despesas em saúde foi de 66,5% enquanto o setor privado passou para 33,5%.

Quando olhamos para a distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde pelos diferentes tipos de agentes financiadores privados, verificamos que tem havido o aumento percentual da participação das sociedades de seguros como fonte de financiamento, passando de 5,1% em 2000 para 12,5% em 2018. Contudo, vale registar que os pagamentos diretos realizados pelas famílias são uma importante fonte de financiamento, correspondendo, em 2018, a aproximadamente 80% da despesa corrente privada em cuidados de saúde e 27,3% das despesas correntes totais em saúde (PORDATA, 2020).

De fato, um dos fatores que pode estar ligado ao recente aumento da cobertura de seguros privados de saúde em Portugal é a redução das despesas em saúde pública, sobretudo no período de crise econômica instaurada em 2008. A redução das despesas públicas em saúde pode ter um efeito real negativo na qualidade do serviço, na oferta e volume dos serviços de saúde, ao passo que aumenta a incerteza quanto à garantia do acesso e dos cuidados prestados. Esses fatores, por sua vez, podem “empurrar” cada vez mais pessoas para a contratação de um seguro privado de saúde como complemento ao SNS, que por direito está assegurado a todos os cidadãos. Esse panorama demonstra que o setor privado na saúde vem crescendo como um importante prestador e financiador das despesas correntes em saúde, apesar da grandeza do SNS.

Além disso, o forte crescimento do setor privado acaba por surtir efeitos negativos sobre o setor público, em virtude, sobretudo da rigidez gestonária deste último setor, impedindo “golpes de rins” na gestão, resultando na visão de António Correia de Campos, numa relação predatória entre os setores privado e público da saúde, com graves consequências para este último, como ficou evidenciado nesta passagem:

Neste momento, a relação é de predação total. O setor privado predador, come o setor público porque o setor público tem essa rigidez gestonária, não permite fazer golpes de rins na gestão, fazer flexibilidade imediata na gestão e, portanto, o setor privado vai lá buscar quem quer, ao preço que quer, é muito fácil. Vai buscar os médicos e os enfermeiros mais experientes, mais bem treinados, no pico de idade em que eles são mais úteis. [...] Bem treinados, onde o setor privado não gastou um tostão na sua formação, nem na sua formação de base, nem na sua formação da especialidade, muito menos na sua experiência, vai lá buscá-los [...] com a maior das facilidades. Portanto, isto é uma predação completa e não há nenhum mecanismo que permita ao SNS ou ao Estado reter aqueles profissionais. [...] É, por isso, que a legislação está obsoleta e é, por isso, que ela tem de ser modificada. Acontece que o SNS é um grande elefante branco que se move com muita lentidão, que não tem margem, não tem capacidade para admitir pessoal, de repente, nem para demitir pessoal. *(Entrevista concedida no dia 05 de fevereiro de 2019).*

Ao interrogarmos o Grupo José de Mello Saúde acerca do interesse na ampliação dos serviços de saúde pelo Grupo este relatou-nos o fato de terem percebido que o setor público parecia não conseguir responder satisfatoriamente à demanda, abrindo espaço para o investimento na prestação de cuidados de saúde como negócio rentável.

O Grupo José de Mello é já um grupo com história e, na verdade, o primeiro hospital que abriu até foi para servir, única e exclusivamente, os colaboradores do grupo, era um termo mais de responsabilidade social e apoio aos seus colaboradores e, não tanto, um negócio por si só. Com o passar dos anos e num contexto em que a saúde pública não estava a dar resposta como deveria, o grupo apercebeu-se que isto também pode ser um negócio para além do valor que já tinha social, em prestar este tipo de serviços. E, portanto, o que se fez foi, numa altura em que interessava diversificar as atividades do grupo, começou-se a focar também na saúde. Claro que, entretanto, o que era um hospital, puramente, para colaboradores, passou a ser aberto ao público. Portanto, a CUF Infante Santo é uma unidade que já recebe pessoas de fora há uns bons anos mas, num contexto em que o setor público de facto, se estava a agravar e a resposta não estava a ser tão adequada quanto deveria, percebeu-se que haveria espaço no mercado para crescer. *(Entrevista concedida no dia 23 de janeiro de 2019).*

Deste modo, as dificuldades do setor público para dar respostas às demandas da população, como se vê, foi também um dos fatores que impulsionou o investimento privado na prestação de serviços de saúde. Além disso, o setor privado tem atraído os profissionais de saúde ligados ao setor público, como apontou António Correia de Campos, colocando grandes desafios a este setor, enquanto o setor privado tem encontrado um campo fértil para a sua expansão.

Considerando as atividades económicas⁷⁵ integrantes do setor privado da saúde, o estudo realizado pela Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados (2017) estimou que em 2017 havia em Portugal 79 mil empresas, geradoras de cerca de 130 mil empregos, com uma faturação anual na ordem de 5,7 mil milhões de euros. Dentre as oito atividades económicas, as voltadas para as “atividades dos estabelecimentos de saúde com internamento”, em termos de volume de negócios, eram as mais relevantes, tendo este setor, segundo o estudo, passado ao “lado” da crise de 2008.

Em termos espaciais, o setor privado da saúde encontra-se concentrado nos grandes aglomerados urbanos, dos quais são grandes exemplos em Portugal, as Áreas

⁷⁵ Atividades dos estabelecimentos de saúde com internamento; Atividades de prática médica de clínica geral, em ambulatório; Atividades de prática médica de clínica especializada, em ambulatório; Atividades de medicina dentária e odontologia; Atividades de enfermagem; Laboratórios de análises clínicas; Centros de recolha e bancos de órgãos; Outras atividades de saúde humana.

Metropolitanas de Lisboa (AML) e do Porto (AMP). Ainda segundo o estudo acima mencionado, a AML e a AMP concentravam, em 2017, 79,3% do volume de negócios privados da saúde, e detinham 72,8% do pessoal empregado e 68,2% do total das empresas. Contudo, o estudo chamou atenção para a tendência recente de “desconcentração” de unidades de saúde com internamento, nomeadamente hospitais, para fora das duas grandes Áreas Metropolitanas.

A lógica espacial de distribuição dos serviços de saúde do setor privado, concentrada nos dois maiores pólos urbanos do país, reflete o distanciamento do setor privado em relação ao princípio da equidade, demarcando a sua lógica assente na obtenção de lucro do qual depende o “sucesso” dos negócios. Para tanto, o espaço, e os atributos a ele inerentes, desempenham um papel fundamental neste processo, contudo, cabendo aos potenciais “mobilizadores” olhar para o espaço, “enxergar/ler” o que ele “oferece” e “servir-se”. Deste modo, tanto os poderes públicos como os privados podem ser vistos como potenciais “mobilizadores” do espaço, contudo, espera-se que a partir de uma lógica diferenciada, tendo em vista os diferentes comprometimentos sociais dos dois setores.

No entanto, o fato do setor privado da saúde estar mais concentrado nos espaços metropolitanos não significa, necessariamente, que dentro deste recorte “impere” o princípio da equidade. Logo, o nosso interesse é perceber em que medida o mencionado desequilíbrio espacial do setor privado da saúde, verificado entre as áreas metropolitanas e o resto do país, também se verifica no espaço intra-metropolitano, particularmente em Lisboa, e saber que lógica subjaz à apropriação deste espaço.

A orientação da nossa atenção para esta questão prende-se com o fato de o espaço intra-metropolitano de Lisboa não ser um “bloco” homogêneo do ponto de vista das acessibilidades, do poder socioeconómico, urbanístico e demográfico, ou seja, dos atributos que moldam a sua textura. Na realidade, a textura do espaço da AML é pautada por profundas fragmentações socioespaciais em permanente reconfiguração (Barata-Salgueiro, 1994; 1997; 2002). Isto significa que o território metropolitano possui atributos diferenciados, mutáveis no tempo, que em determinados momentos se tornam atrativos para os agentes imobiliários e outros investidores, neste caso ligados ao setor da saúde, que através das suas competências e conhecimentos, isto é, do seu capital espacial, ativam esses atributos, de acordo com os seus interesses.

Dito isto, a partir dos serviços de urgência do setor privado, procuraremos na próxima secção, responder às seguintes questões: Como tem evoluído a geografia do serviço de

urgência do setor privado na AML? Que lógica de distribuição espacial tem assumido o setor privado da saúde no espaço intrametropolitano? Que atributos espaciais têm sido mobilizados pelo setor privado da saúde? Quais as similitudes e dessemelhanças, no que respeita ao uso do espaço pelos setores público e privado?

9.2 A Geografia do Serviço de Urgência Privado na Área Metropolitana de Lisboa, 2019

A Área Metropolitana de Lisboa (AML) contava em dezembro de 2019 com 12 unidades de saúde privadas com serviço de urgência 24h. Em 1991, a AML contava com apenas duas destas unidades, o Hospital CUF Infante Santo e o Hospital da Cruz Vermelha, ambos localizados no concelho de Lisboa. Em 2001, já estavam em funcionamento quatro unidades somando as duas já existentes o Hospital CUF Descobertas e o SAMS Hospital, ambos na zona mais a nordeste do concelho de Lisboa.

O primeiro grande salto do setor privado ocorreu entre 2001 e 2011, no que tange à oferta de serviço de urgência na AML. Neste período abriram quatro unidades, tendo havido um reforço da oferta no concelho de Lisboa, com a abertura dos Hospitais Luz Saúde e Lusíadas, em 2007 e 2008, respetivamente. Já as outras duas unidades pertencem aos concelhos de Cascais, com o Hospital CUF Cascais, e Setúbal, com o Hospital da Luz de Setúbal. A abertura destas duas últimas unidades em Cascais e Setúbal são fruto do primeiro investimento que o setor privado realizou, no setor das urgências, fora de Lisboa. Em 2011, já havia serviço de urgência público em dez concelhos da AML, considerando todos os níveis, enquanto o setor privado estava presente em três deles: Lisboa, Cascais e Setúbal.

Entre 2011 e 2019 é reforçada a tendência de periferização do serviço privado no espaço Metropolitano. Neste período, foram abertas mais quatro unidades com serviço de urgência, chegando ao total de 12 unidades. O concelho de Lisboa não foi contemplado com nenhuma das novas unidades, localizando-se duas unidades no concelho da Amadora e as outras em Almada e Sintra (Figura 47).

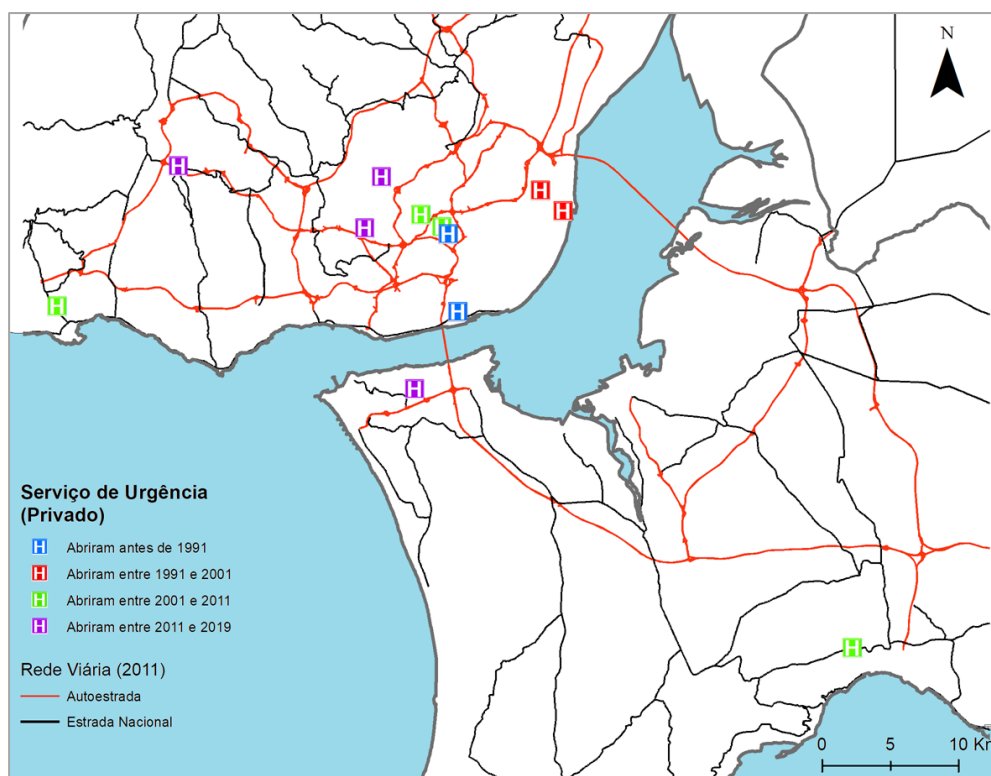


Figura 47 - Distribuição das unidades de saúde privada com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991-2019

Fonte: Sites dos grupos de prestação de serviço privado.

Como pode ser observado, em 2019, o serviço de urgência do setor privado estava presente em seis concelhos da AML, com grande destaque para o concelho de Lisboa concentrando seis das 12 unidades – Hospital Lusíadas, Hospital Luz Saúde, Hospital CUF Descoberta, Hospital CUF Infante Santo, Hospital Cruz Vermelha e SAMS Hospital. Logo a seguir com duas unidades encontra-se a Amadora, com a Clínica Santo Antônio e o Trofa Saúde Hospital e, com uma unidade, os concelhos de Setúbal (Hospital da Luz de Setúbal), Almada (CUF Almada Clínica), Cascais (CUF Cascais Hospital) e Sintra (CUF Sintra Hospital). Já o setor público, em 2019, mantinha presença em dez concelhos, tendo serviço de urgência em todos os concelhos onde também havia serviço de urgência privado, e ainda em Vila Franca de Xira, Barreiro, Montijo e Loures.

Contudo, apesar da recente expansão e ainda a mais recente periferação do serviço de urgência privado na AML, é notória a relevância que assume o concelho de Lisboa para o desenvolvimento deste setor. No que respeita às duas Margens, há claramente um desequilíbrio. Das 12 unidades de saúde com serviço de urgência privado dez estão localizadas na Margem Norte. Vale destacar que houve um período de mais de dez anos

entre a abertura do primeiro serviço de urgência privado, no concelho de Setúbal, e a abertura de um segundo ponto deste serviço na Margem Sul, em outubro de 2019, no concelho de Almada.

A análise da evolução do serviço de urgência privada aponta para a estratégia inicial do “uso” do atributo centralidade do espaço para o “sucesso” da atividade. Uma centralidade urbana reúne em si um conjunto de características que funcionam como fatores de atração que tendem a reforçar espaços bem infraestruturados a nível do habitat e da habitabilidade, bem como do ponto de vista técnico-informacional. Essa diferenciação é alimentada pela lógica da seletividade espacial, na qual os territórios já em vantagem continuam a atrair capitais, serviços, tecnologias, população com alto poder aquisitivo, possuindo condições diferenciadas na competição inter e intraurbana. Essa estratégia ficou evidenciada na entrevista realizada quando o Grupo José de Mello Saúde descreveu o processo de escolha da localização do Hospital CUF Descobertas

A unidade CUF Descobertas foi construída, precisamente, a seguir à Expo'98, numa altura em que se sabia que a parte norte da cidade ia ser, completamente, reconstruída, em que se esperava que ali nascesse uma nova cidade, o que, de facto, se veio a concretizar e, mais do que isso, a unidade está localizada junto a todos os acessos à cidade de Lisboa norte. Portanto, havia uma expectativa que, depois, se concretizou de que iria haver muito tráfego nesta área. *(Entrevista concedida pelo Grupo José de Mello Saúde dia 23 de janeiro de 2019).*

Com base na evolução das urgências privadas e a concentração na cidade de Lisboa fica reforçado a “exploração” da centralidade desta cidade, mas nesta passagem reforça-se a visão estratégica e a *expertise* deste grupo privado para explorar uma centralidade em vias de construção, ou seja, ainda por acontecer em decorrência da Expo'98.

Neste sentido, o ativo presente ou “por vir” daquele espaço foi mobilizado pelos agentes do setor privado da saúde na definição das suas estratégias, que perceberam que o espaço era em si mesmo uma forma de capital que poderia ser explorada. Aquele espaço continha em si um conjunto de recursos, que na opinião da entrevistada ficam claros, a centralidade e a acessibilidade, que o Grupo Mello em seu devido tempo, através das competências dos seus gestores, ativaram e procederam à sua exploração.

O projeto de expansão hospitalar da rede privada da saúde tende a explorar o ativo centralidade do espaço, como vimos na sua primeira investida de expansão para Cascais e Setúbal, sendo este último um concelho de influência regional interligado, através de

vias de comunicação, à restante AML e à Região do Alentejo. Neste sentido, a acessibilidade, também considerada como um atributo do espaço, tem sido um fator de relevância mobilizado nas estratégias do Grupo entrevistado, estando também na equação da escolha locativa para a realização dos investimentos.

Quando pensamos em zonas minimamente densas em termos de população, nem sempre é fácil ter um espaço para adquirir, mas se tivermos algumas hipóteses a questão que se levanta a seguir é a acessibilidade: é ou não fácil as pessoas chegarem ao local, o lugar tem ou não tem visibilidade. Quando uma unidade está junto a uma autoestrada ou num sítio onde já há muitos serviços, a probabilidade das pessoas frequentarem essa unidade aumenta consideravelmente. *(Entrevista concedida pelo Grupo José de Mello Saúde dia 23 de janeiro de 2019).*

Nota-se que além da acessibilidade fatores como visibilidade e concentração de outros serviços, aparecem como componentes importantes do espaço. A ideia de concentração de pontos de serviços e acessibilidades podem ser lidos também como o que Milton Santos (1994 [1997]; 2006 [1996], 2007 e 2008) chamou de fixos, os quais para o autor constituem objetos espaciais provenientes da ação humana/técnica que servem o desenvolvimento de funções, podendo ser esses fixos de natureza distinta, bem como de ordem pública ou privada. Em relação à natureza dos fixos públicos, esta está ligada aos princípios sociais, ou seja, à promoção da justiça espacial, enquanto a dos privados aos interesses puramente de ordem econômica (Santos, 2007).

Ademais, se por um lado a mobilização combinada de atributos do espaço podem contribuir para o êxito de um dado investimento, por outro, o espaço pode condicionar a mobilização de determinados atributos resultando na obtenção parcial dos resultados esperados, como relatou o Grupo José de Mello Saúde,

Temos o caso de uma clínica muito pequenina numa zona que tem, claramente, características demográficas que mostram que se deveria haver procura de saúde era lá, e nós, praticamente, não enchemos, porventura por dois motivos: por um lado, porque a localização não é a ideal, não tem a visibilidade e os acessos ideais e, por outro lado, como o tamanho é demasiado pequeno, não conseguimos prestar lá todos os serviços que a região precisa. Portanto, temos perfeita noção que se tivéssemos outra localização, ainda que dentro da mesma região, essa unidade teria mais sucesso. Sabemos que a localização, a capacidade que conseguimos instalar, e a visibilidade acabam por pesar muito, não há dúvida nenhuma. *(Entrevista concedida pelo Grupo José de Mello Saúde dia 23 de janeiro de 2019).*

A proximidade, como atributo do espaço, também tem sido explorada pelos grupos privados da saúde. Contudo, esta não está relacionada com a geografia dos serviços de urgências, tendo em vista que estes serviços, dada a complexidade de resposta e volume de demanda, são prestados em unidades hospitalares que precisam de grandes áreas, o que pode ser uma dificuldade nas áreas urbanas mais consolidadas. Contudo, as clínicas de proximidade têm como objetivo a fidelização do cliente e têm previsto a realização de consultas na hora para criar a ideia de consulta de urgência e daí fazer o “utente-cliente” chegar às outras unidades do Grupo.

Temos hospitais grandes, três no país, temos hospitais médios, e temos clínicas também de dois tamanhos. E, na verdade, nós também só vamos encontrar serviços de urgências nestes hospitais e não tanto nas clínicas. Estamos, agora, a tentar ter nas clínicas não serviço de urgência, mas, talvez, consultas todos os dias que podem ser marcadas na hora, para tentar dar também a sensação de que oferecemos esse serviço mas, normalmente, só em unidades que já tenham uma dimensão maior é que, na nossa forma de ver, faz sentido termos um serviço de urgências, efetivamente, montado. Agora, isto está relacionado também com o que eu já disse, nós apenas temos interesse em ter unidades maiores em zonas que demograficamente o justifiquem. *(Entrevista concedida pelo Grupo José de Mello Saúde dia 23 de janeiro de 2019).*

Como tem ficado evidenciado nos trechos das entrevistas são múltiplos os fatores que estão na base da escolha e decisão sobre a localização dos empreendimentos do ramo da saúde: acessibilidade, centralidade, proximidade, espaço enquanto área, qualidade do espaço e envolvente, concentração de serviços, visibilidade, e que ajudam a compreender como tem evoluído a rede privada de saúde na AML. Assim, torna-se evidente o papel que o capital espacial (enquanto atributo do espaço em si mesmo e competência dos agentes), ocupa neste processo, e como tal, tem sido mobilizado e integrado a lista dos fatores que influenciam o sucesso do investimento.

Além dos atributos de caráter espacial, há aqueles de natureza socioeconômica que apesar de estarem ligados às pessoas em si, também qualificam e oferecem condições diferenciadas ao espaço, logo são também um ativo do espaço, que podem ou não ser mobilizados para um determinado fim. Neste quesito, a concentração espacial de pessoas com alto poder aquisitivo e detentoras de seguros de saúde são consideradas atributos do espaço, e que por sua vez exercem influência sobre a decisão locativa de um empreendimento de saúde privado, embora uma unidade de saúde, a depender do nível, tenha uma extensa área de captação e não apenas a imediata.

Para perceber onde deveríamos estar, nós olhamos para o território nacional como um todo, tentamos perceber suas características demográficas, ou seja, quais são os locais que de facto têm mais pessoas. Também olhamos para as características dessas pessoas, nomeadamente, se têm seguros, se têm subsistemas, portanto, se têm mais facilidades em recorrer às nossas unidades. E depois também o que fazemos é perceber se essas regiões têm características demográficas que nos parecem atrativas, também se já estão ou não demasiado servidas pela concorrência. (*Entrevista concedida pelo Grupo José de Mello Saúde dia 23 de janeiro de 2019*).

Não tendo acesso à informação referente à distribuição da população com seguros de saúde, a análise do tempo de viagem ao serviço de urgência privado em relação às classes de privação material, utilizada como *proxy* de área potencialmente empobrecida, confirmou o relato acima, ou seja, demonstrou a proximidade da rede à população potencialmente com maior poder aquisitivo, tendo em vista que a população cumulativa inserida nas áreas mais afluentes tem melhor acesso potencial do que a população das áreas de privação muito alta (Figura 48).

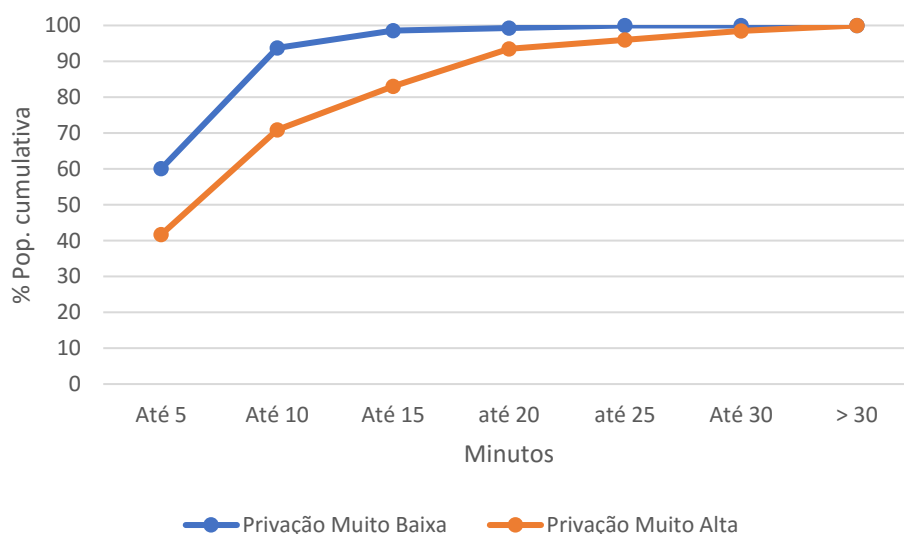


Figura 48 - População residente cumulativa inserida na classe de Privação Material Muito Baixa e Muito Alta, por tempo de viagem ao serviço de urgência privado na AML (2019)

Fonte: Análise de rede. Cálculo da autora.

Como podemos observar, a forma como está organizado o serviço de urgência privado garante maior cobertura em menor tempo de viagem à população inserida na área de privação Muito Baixa, aproximando-se a cobertura para a população das duas áreas no tempo de viagem até 25 minutos. Ao realizarmos a mesma análise comparando todas as urgências públicas em funcionamento em dezembro de 2019, verificamos que no que

respeita à classe de privação muito baixa não houve grande diferença entre os dois setores, indicando que a cobertura em tempo de viagem das urgências públicas e privadas é praticamente equivalente para a população inserida na classe de privação Muito Baixa. (Figura 49).

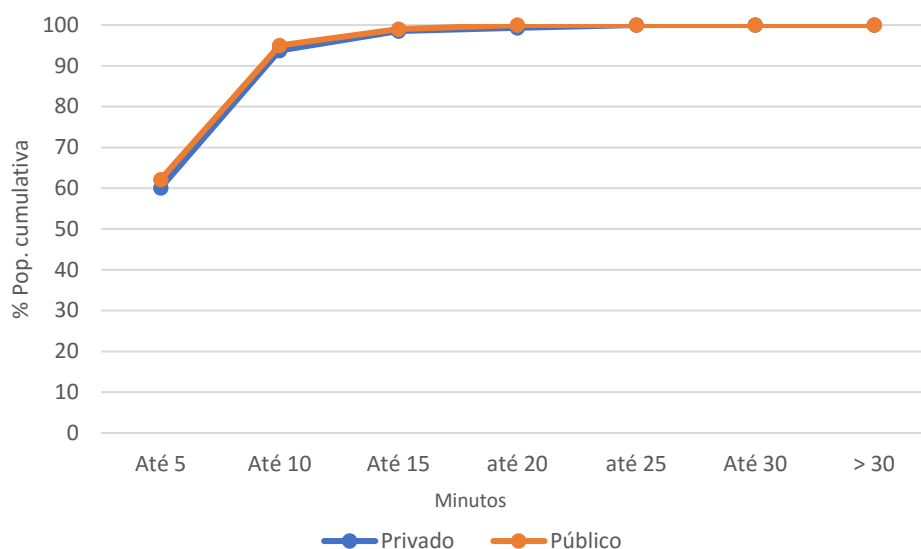


Figura 49 - População residente cumulativa (%) inserida na classe de Privação Material Muito Baixa, por tempo de viagem ao serviço de urgência público e privado na AML (2019)

Fonte: Análise de rede. Cálculo da autora.

Contudo, se a análise considerar a população inserida na área de privação Muito Alta registam-se diferenças entre os dois setores, tendo a rede de urgência pública maior abrangência populacional cumulativa em menos tempo de viagem. (Figura 50).

A análise da Figura 50 permite ver que até 5 minutos o setor privado abrange mais população em áreas de privação Muito Alta do que o setor público, abrangendo 46% da população inserida nas áreas de privação Muito Alta, enquanto as urgências públicas abrangem no mesmo tempo 36%. Vimos que a espacialização do índice de privação material forma um verdadeiro mosaico na AML, dada a proximidade geográfica entre as áreas pertencentes às diferentes classes. Deste modo, o fato das urgências privadas abrangerem mais população pertencente à classe de privação Muito Alta na menor classe de tempo indica-nos a presença de enclaves de área de privação Muito Alta na proximidade imediata das urgências privadas. Essa explicação é reforçada quando analisamos a cobertura populacional cumulativa no tempo de viagem mais alargado. Em até 10 minutos ou até 15 minutos, as urgências públicas abrangem cumulativamente

muito mais população pertencente à área de privação alta do que o setor privado, reforçando a ideia que as urgências privadas não estão nas proximidades de grandes áreas pertencentes a privação muito alta.

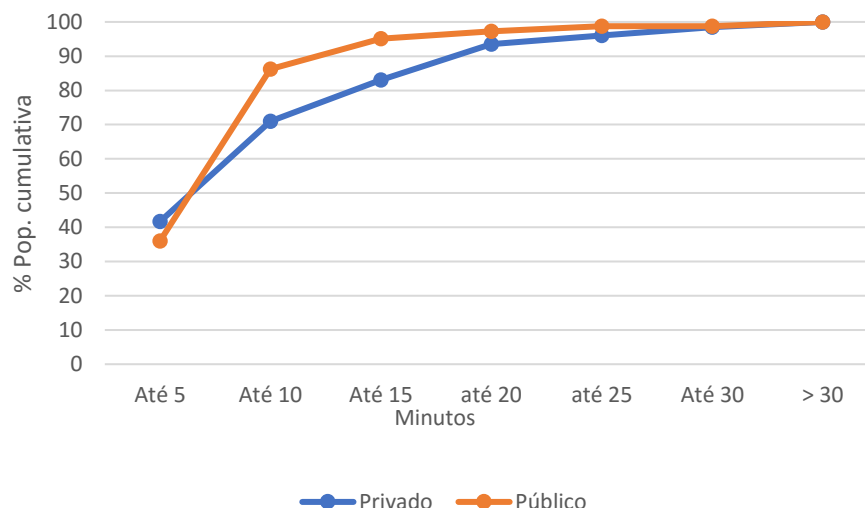


Figura 50 - População residente cumulativa (%) inserida na classe de Privação Material Muito Alta, por tempo de viagem ao serviço de urgência público e privado na AML (2019)

Fonte: Análise de rede. Cálculo da autora.

Além disso, as urgências públicas estão mais desconcentradas espacialmente e presentes em concelhos cujo peso da população inserida nas áreas de privação máxima é elevado face ao total da população do concelho, dos quais são exemplos Montijo e Loures, com aproximadamente, 14% e 8%. Contudo, apesar da rede de urgência privada ser mais concentrada espacialmente, a sua evolução no espaço metropolitano tem resultado na diminuição de tempos de viagem para os residentes deste recorte, embora de modo desigual.

Em 1991, sete concelhos da AML apresentavam áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos a uma urgência privada: Mafra, Sintra e Vila Franca de Xira, na Margem Norte, e Alcochete, Setúbal, Montijo e Palmela, na Margem Sul. Em 2019, apenas dois concelhos mantêm áreas cujo tempo de viagem a um serviço de urgência privado é superior a 30 minutos, a saber, Vila Franca de Xira (2 secções) e Montijo (4 secções), somando em conjunto 3.453 pessoas.

Verificamos que três das seis secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência privado na AML são coincidentes com as três secções que

também apresentaram tempo de viagem superiores a 30 minutos ao primeiro ponto de contato com serviço de urgência público, quando consideramos todos os níveis de urgência. Deste modo, concluímos que há uma “redundância” em termos de serviços de urgência públicos e privados na AML, tendo os hospitais privados acompanhado, em certa medida, a geografia dos hospitais públicos.

Deste modo, o setor privado da saúde, através do serviço de urgência, não poderia ser considerado como complementar ao público nas áreas onde o acesso geográfico a este setor é pior, tendo em vista os piores resultados em termos de acesso geográfico dos dois setores para as mesmas áreas. Ressalta ainda que os tempos de viagem aos serviços de urgência do setor privado nessas áreas foi mais elevado do que aos serviços de urgência do setor público nas três secções.

A análise da evolução da geografia dos serviços públicos de urgência demonstrou que este setor tem usado o espaço na construção da garantia da justiça espacial neste campo específico da saúde. Começa-se por mobilizar a centralidade para garantir serviços de urgência onde os contingentes populacionais são mais elevados e, de seguida, mobiliza-se os atributos de proximidade, através, por exemplo, das urgências de nível SUB prestadas em centros de saúde no “interior” de áreas urbanas mais densas, onde os tempos de viagem às urgências de nível intermédio e mais complexo são elevados. Além disso, juntam-se os meios de emergência que ao operarem em conjunto com a rede de urgência reduzem os tempos de viagem da população, também de áreas periféricas e carenciadas, ao primeiro ponto de contato com cuidados de emergência estabilizadores, sendo o acesso a esses meios potenciado pelas acessibilidades.

Aqui chamamos a atenção para o fato de não haver uma lógica temporal na mobilização dos atributos do espaço mencionados, e em certa medida uma mobilização combinada de diferentes atributos. A centralidade explorada pelo setor público mais evidente na década de 1990, com as áreas centrais, nomeadamente, o concelho de Lisboa concentrando mais unidades devido à sua relevância no contexto urbano, continua a ser constituinte do planeamento público em saúde nos dias que correm. O novo Hospital de Todos os Santos, com abertura prevista para 2023, que visa substituir seis hospitais localizados no núcleo consolidado de Lisboa, localizar-se-á na zona mais oriental da cidade que não é só uma “nova” centralidade, resultante da Expo’98, com mais espaço disponível para construção, mas também a área mais bem servida por infraestruturas viárias que ligam aquele espaço

a outras interiores ou exteriores da AML. O espaço do centro consolidado apesar de bem infraestruturado, dada a densidade urbana coloca desafios à circulação, como declarou António Correia de Campos ao ser interrogado sobre o papel do espaço no planeamento da saúde pública.

Aqui [referindo-se ao vale de Almirante Reis] estão instalados seis hospitais, com péssimas comunicações. O S. José, a Dona Estefânea, os Capuchos, Santa Marta e o Curry Cabral, e a maternidade Alfredo da Costa está também algures por aqui. Portanto, implantados no centro da cidade, com péssimos eixos de comunicação. Enquanto que o outro hospital ficará num sítio com bons eixos para a via marítima, e a saída de Lisboa. Portanto, não tem sentido nenhum estar a manter esta espacialidade. [...] as pessoas que hoje vão a estes hospitais são, certamente, alguns residentes na área. Esta área envelheceu muito, mas a maior parte dos que aqui vão, não são da área, vêm de fora. As pessoas que vão fazer cirurgia cardíaco-torácica ao Santa Marta não são da zona velha. As pessoas que vão à maternidade Alfredo da Costa são de toda a cidade e até de fora de Lisboa. As pessoas que vão ao São José...até vinha gente do Sul. *(Entrevista concedida por António Correia de Campos dia 05 de fevereiro de 2019).*

Nesta passagem fica evidenciado, do lado do poder público, a mobilização de atributos espaciais no planeamento público da saúde. Contudo, quando questionamos aquilo que está na base do planeamento da construção de hospitais e/ou reestruturações das unidades já existentes, a resposta é imediata, a densidade populacional, a distância-tempo e a qualidade dos serviços prestados, sendo essas componentes mencionadas por dois nomes envolvidos em uma das reestruturações da rede de urgências consideradas das mais profundas em Portugal, que ocorreram em 2007/2008, António Correia de Campos, Ministro da Saúde na altura, e Paulo Telles, membro da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências.

Por outro lado, sobre este assunto, Constantino Sakellarides lembra-nos que é preciso ter em conta que nem todas as tomadas de decisão são feitas numa base de pura racionalidade. Quando interrogado sobre a lógica de uso do espaço na evolução da geografia das urgências públicas, adianta:

Aqui, o resultado é de pequenas racionalizações com um custo enorme de fatores irracionais, no sentido que dependem da interação dos atores, da sua natureza, não dependem de nenhum plano pré-estabelecido. No sistema de saúde, porque é mais complexo que qualquer outro, isto é mesmo assim, o vai-e-vem das urgências [...] é paralelo aos partidos políticos, tem a ver com as circunstâncias. Entra um Ministro e vai fechar a Alfredo da Costa, vai fechar a Alfredo da Costa porque em tempo de pobreza, alguém disse que a Alfredo da Costa está a mais. Mas, depois, alguém diz assim: “espera, mas fazem algumas coisas bem feitas”. *(Entrevista concedida por Constantino Sakellarides no dia 19 de novembro de 2018).*

Tendo isso em conta, a mobilização dos atributos do espaço já mencionados pelo setor público tem aproximado os serviços de urgências da população com mais necessidades materiais e de saúde, logo caminhando para a construção de um espaço Metropolitano menos injusto espacialmente. Contudo, também acontece que esse processo ainda guarda em si injustiças, na medida em que além de haver espaços “persistentes” no tempo com os piores resultados em acesso geográfico às urgências, esses espaços são também aqueles com privação elevada, como vimos. Dito isto, revela-se que mesmo o percurso percorrido para a construção de uma cidade assente na lógica da justiça espacial chegará mais tarde aos espaços com maiores necessidades, logo os que mais precisam, pondo em “prática” a lógica do *inverse care law* (Hart, 1971).

Já a análise da evolução do setor privado da saúde demonstrou que este é um setor que vem apresentando forte crescimento e com tendência de continuidade em Portugal. O crescimento verificado no número de atendimentos de urgências, consultas externas, despesas na saúde, foi acompanhado do aumento no número de unidades privadas de diferentes níveis e abrangência. Este processo tem-se refletido na sua mais recente desconcentração espacial na AML, induzida pelos atributos presentes no espaço. O espaço enquanto forma de capital vem sendo mobilizado pelos grupos privados de saúde, a partir de atributos como a acessibilidade e a centralidade, essencialmente no caso das urgências, e de natureza socioeconómica concentrada no espaço, que podem ser acionados pelos sujeitos, demonstrado pelo tempo de viagem mais reduzido à população cumulativa presente nas áreas de privação Muito Baixa. A análise da evolução da rede face à população da AML por classe de privação evidenciou que a competência mobilizada pelo setor privado para tirar partido dos atributos que o espaço oferece está voltada para a lógica da (re)produção do capital, contribuindo o espaço, enquanto ativo, para este processo.

Capítulo 10 – Chegada e Novos Pontos de Partida

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem. Lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracterize”.

Boaventura de Souza Santos

Este trabalho de investigação foi conduzido por indagações que se situam em torno da questão da justiça espacial ligada à saúde, como procurámos demonstrar ao longo do seu desenvolvimento. Com o aprofundamento das leituras dedicadas ao tema foi possível verificar que as discussões sobre justiça espacial enfatizavam a ideia de *acesso* e, que este, por sua vez, é composto por diferentes dimensões, de que são exemplo a adequação, a capacidade financeira para aceder, a disponibilidade, a aceitabilidade e a acessibilidade propriamente dita. Contudo, uma vez estabelecido que um doutoramento não pode ter desideratos inalcançáveis, procedeu-se a uma circunscrição das ambições iniciais, o que conduziu à assunção das dimensões disponibilidade e acessibilidade como guias para as questões de investigação e o delineamento dos objetivos da tese, bem como a busca de respostas. Esta opção, tomada em benefício da exequibilidade do trabalho, não nos faz perder a compreensão do efeito multicausal que resulta da sua associação às demais dimensões referidas acima, o que torna os resultados obtidos, apesar de sólidos, necessariamente incompletos.

A escolha dessas dimensões específicas deveu-se essencialmente a duas razões fundamentais: a primeira prende-se com a ideia de que a existência de bens e serviços e a possibilidade de lhes aceder constitui uma componente fundamental para a garantia do exercício de cidadania, vital nas questões da justiça na cidade, e a segunda liga-se com o conteúdo geográfico das mesmas, servindo ambas como ponto de partida fulcral para a discussão em torno do significado do espaço, suas apropriações, suas alterações e seu papel na (re)produção e/ou minimização de (in)justiças espaciais.

A análise combinada das dimensões disponibilidade e acessibilidade não se esgotou apenas na exploração da espacialidade da (in)justiça, lida através da evolução geográfica dos serviços de urgência, mas avançou concomitantemente na exploração da (in)justiça da espacialidade, que se liga ao entendimento dos processos de tomada de decisão que resultam na (re)produção de espaços (in)justos e desiguais, ou seja, ao conteúdo da

(in)justiça. Na verdade, esta tese assume o pressuposto de que o espaço enquanto condicionador de práticas sociais é um produto social, mas também um (re)produtor de (in)justiças espaciais.

Assim, a procura dos sustentáculos deste pressuposto deu-se através da materialidade e imaterialidade que circundam o principal objeto de estudo deste trabalho, o serviço de urgências, sendo a Área Metropolitana de Lisboa o “onde” desta investigação. Regista-se ainda que os métodos mobilizados no desenvolvimento desta investigação se revelaram apropriados às aspirações da mesma, como é evidenciado tanto pela riqueza dos dados levantados, quanto pelos resultados alcançados para cada um dos objetivos, reforçando a potencialidade e complementaridade de metodologias qualitativas e quantitativas neste tipo de investigação.

Por conseguinte, nesta secção que é uma tentativa de reunir as principais respostas a que chegou esta investigação, revisitaremos cada um dos objetivos traçados, procurando sistematizar e discutir os principais resultados encontrados ao longo do percurso, não havendo uma preocupação de sumarizar e discutir todos os contributos, em virtude dos capítulos da tese terem sido construídos combinando apresentação e discussão dos mesmos.

1. Discutir as aceções de espaço e justiça espacial para delinear a concepção de espaço utilizada nesta investigação e explicitar a relevância da dimensão espacial para a leitura da (in)justiça.

O aprofundamento da leitura e discussão das concepções de espaço na ciência geográfica revelou, antes de mais, que este é um conceito polissêmico e de difícil apreensão. A concepção de espaço foi sendo alterada acompanhando os paradigmas pelos quais passou a geografia, ligando-se às transformações sociais que desafiavam a produção do conhecimento e apontavam o esgotamento de matrizes teórico-metodológicas para sua apreensão e explicação. Contudo, ressaltamos que as diferentes aceções de espaço não findavam com a mudança de paradigma havendo uma justaposição com os novos contornos que este conceito ia assumindo. Deste modo, a concepção de espaço como ente isotrópico ou apenas como um palco do acontecer social, que marcou a geografia teórico-quantitativa, não foi de todo abandonada, coexistindo com uma aceção de espaço que o eleva ao nível dos processos temporais e sociais na (re)produção e entendimento dos fenômenos sociais, sendo esta última considerada um avanço para os estudos geográficos,

cuja elaboração é atribuída ao filósofo Henri Lefebvre e o desenlace ao geógrafo Edward Soja.

Esta concepção de espaço que estamos a considerar como um “avanço” não é de todo unânime. Ficou patente na investigação realizada que uma concepção de espaço que se aproxime do entendimento deste enquanto “agenciador” das práticas sociais, a partir dos condicionalismos que impõe, pode ser também rejeitado pelo “fantasma do determinismo espacial”, como disse em várias oportunidades o geógrafo acima citado. Pudemos evidenciar que esta reserva à concepção de espaço refletiu-se no debate sobre justiça espacial, reunindo este, igualmente, vozes (dis)concordantes. O ponto fulcral do embate situa-se à volta do papel atribuído ao espaço para o entendimento das questões ligadas à produção de (in)justiça. De um lado, posiciona-se uma interpretação do espaço e espacialidade subjugados aos processos sociais, entendidos de um modo passivo enquanto derivados de uma (in)justiça social mais ampla, havendo desde logo uma negação do termo justiça espacial, justificada pelo seu englobamento na justiça social. Do outro lado, emerge uma interpretação que procura alicerçar as ideias de que o espaço tem um poder causal no condicionamento de práticas sociais e, como tal, é ao mesmo tempo um produto social, mas também um ativo na produção de desigualdades.

Outro conhecimento que se revelou a partir deste objetivo, e que gostaríamos de sublinhar, é que os posicionamentos acima mencionados encontram um ponto comum na aspiração da aniquilação de desigualdades e injustiças, assumindo deste modo a terminologia *justiça espacial* um posicionamento no quadro da produção de conhecimento, que procura chamar atenção para a dimensão espacial através da sua explicitação e demarcar o seu uso, emparelhado com as dimensões sociais e temporais, na compreensão e explicação dos fenômenos.

2. Examinar como o espaço foi concebido pelo setor público no planeamento dos serviços de urgência (SU), procurando escrutinar o papel que lhe é atribuído e construir as bases para a comparação deste com a concepção do espaço no processo de planificação do setor privado.

O espaço é um recurso fundamental na construção de materialidades. Contudo, a sua compreensão não se esgota na sua face de suporte do acontecer social, embora seja esta a mais visível e, logo, a mais apreendida. A procura pelo espaço nos principais documentos relativos às reestruturações pelas quais passaram os SU ao longo do tempo permitiu

evidenciar que aquele é uma dimensão relevante no planeamento de um serviço de saúde cujo impacto espacial é significativo, mesmo que o espaço não seja explicitamente mencionado nos textos analisados. É exatamente por o espaço ser um elemento central desta investigação geográfica que a leitura ativa e uma parte das entrevistas realizadas com gestores públicos foram conduzidas para procurar referências e conteúdos espaciais.

Em termos concretos, o trabalho que efetuámos neste domínio permitiu alcançar dois resultados que gostaríamos de destacar. O primeiro refere-se ao conhecimento de que o espaço, no âmbito no planeamento dos SU, tem sido concebido através do seu conteúdo demográfico à luz de uma visão de espaço homogêneo do ponto de vista social, não havendo qualquer menção às diferenciações sociais que constituem o espaço Metropolitano. Efetivamente, ficou evidenciado que a distribuição dos SU tem sido fortemente guiada pela distribuição da população, sustentada pela preocupação fundamental de garantir melhor acesso geográfico à maioria dos residentes, sendo isto mensurado pelo tempo de viagem destes aos SU. Deste modo, a desigual distribuição da população no espaço Metropolitano reflete, em larga medida, a geografia desigual dos SU, embora também haja descompasso entre as duas distribuições em virtude do setor público responder, e não antecipar, as pressões demográficas.

Isto se liga ao segundo conhecimento alcançado a partir deste objetivo, o qual relaciona-se com a fraca racionalidade ligada ao planeamento territorial dos SU. Embora o espaço possa ser mobilizado pelo setor público a partir da exploração do atributo centralidade, assente na concentração de população, este aparente poder do espaço no planeamento de SU perde força no jogo político do processo de tomada de decisão. Isto foi evidenciado pelos entrevistados e reforçado com referências à ausência, em alguns casos, de correspondência entre as propostas de reestruturação espacial por parte de equipes técnicas e a sua efetiva materialização no terreno. No nível teórico-documental reconhecemos uma conceção e uso do espaço que colocam limitações à promoção de justiça espacial, e destacamos que no nível da materialização do planeamento dos SU a força da dimensão espacial pode ser contrariada por forças de natureza sociais e políticas.

3. Analisar o efeito das mudanças espaciais dos SU no acesso geográfico aos mesmos, geral e por níveis, procurando discutir se a geografia dos SU tem evoluído no sentido da promoção de (in)justiça espacial.

A redução ou aniquilação das barreiras ao acesso aos serviços de saúde é uma chave para uma aproximação da igualdade na procura e na utilização daqueles, refletindo-se, por sua

vez, em melhores resultados de saúde. Têm sido cada vez mais reforçadas e comprovadas as evidências de que a condição de saúde depende da combinação de determinantes individuais e contextuais de natureza monetária e não monetária. Daí o papel das barreiras espaciais, examinadas a partir da disponibilidade e acessibilidade a equipamentos de prestação de serviço de saúde, constituir um contributo relevante para discutir desigualdades e injustiças espaciais a partir da saúde.

A análise da evolução dos serviços de urgência, considerando todos os níveis e seus efeitos no acesso geográfico, permitiu concluir que o planeamento do SU público, ao procurar responder às pressões demográficas tem contribuído para um avanço no sentido da minimização de desigualdades no acesso no contexto da AML. Isto significa que a barreira espacial distância-tempo se reduziu para um conjunto cada vez maior de pessoas entre 1991 e 2011. No entanto, o período de transição temporal mais recente, 2011-2019, apresentou uma inflexão neste movimento, uma vez que se verificou o aumento de população, de todos os grupos etários, em áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos a um SU. Embora este último período tenha sido marcado por grandes mudanças na geografia dos SU, como o encerramento do SUB Loures e SUMC Curry Cabral, abertura do SUMC Beatriz Ângelo e deslocalização do Hospital de Vila Franca de Xira, esta “quebra” de progresso no acesso geográfico aos SU na AML deveu-se, particularmente, a esta última mudança. A nova localização do Hospital de Vila Franca de Xira se refletiu em aumento do tempo de viagem para uma parte da população do Montijo.

Acrescentamos ainda que a mobilização do atributo espacial ligado à concentração geográfica de pessoas é uma estratégia que está na base do planeamento público de saúde, pois estando os SU “onde as pessoas estão”, têm refletido o baixo número de indivíduos na classe de tempo de viagem mais elevada, desde o ano inicial da nossa análise. Contudo, é um fato que a evolução dos SU ainda não conseguiu eliminar as áreas com maior tempo de viagem (superior a 30 minutos), “persistindo” os mesmos territórios nesta condição durante todo o período analisado, se aplicando isto aos SU em geral e aos níveis SUMC e SUP.

Com o desvendamento do conteúdo social dos territórios ficou patente que as desigualdades no acesso ao SU que ainda persistem na AML se traduzem em injustiças espaciais, na medida em que as áreas com piores resultados no acesso geográfico são também coincidentes com áreas de Média, Alta e Muito Alta privação material.

Concomitantemente, não se registam áreas classificadas com privação Muito Baixa e Baixa na classe de tempo de viagem mais elevada, verificando-se uma sobreposição de camadas de vulnerabilidade ligadas às dimensões social e espacial, contribuindo o espaço para aprofundar desigualdades.

Decerto, é reduzido o número de pessoas em espaços de injustiça face aos SU na AML. Contudo, isto se torna particularmente relevante quando se pensa que, apesar da larga maioria da população ter acesso a SU em menos de 30 minutos, ainda subsistem territórios onde o obstáculo constituído pela distância-tempo se associa a concentração de pessoas empobrecidas, com saúde potencialmente mais frágil e um perfil que reforça a tendência para procurar e utilizar menos serviços de saúde, para além de possuírem um maior risco de contrair enfermidades para as quais o tempo de alcance a um SU pode ser crucial. Ora a aniquilação destas condições negativas é fundamental para a construção de uma sociedade igualitária e socioespacialmente justa.

Se torna assim crucial chamar a atenção para a importância de considerar nos estudos do acesso geográfico, o conteúdo social dos espaços, atendendo a que uma análise generalista da população dominante pode encobrir injustiças espaciais associadas, em vários casos, a grupos minoritários.

4. Analisar a acessibilidade aos meios de emergência (ME) em 2019 para discutir em que medida a distribuição espacial destes implica minimização ou aprofundamento de desigualdades socioespaciais.

A inserção da análise dos ME foi fundamental para conseguir dar resposta à questão que tantas vezes despontou no início desta tese: “E as pessoas que não têm carro como serão abrangidas por esta investigação?”. Deste modo, os ME foram incorporados no processo de investigação a partir de quatro percursos, que aqui destacamos dois, porque interessou saber, para além do acesso geográfico aos SU via ambulância (trajeto 2), a distância-tempo aos ME na AML (trajeto 1), por se considerarem estes como importantes estabilizadores em situações de emergência/urgência, sobretudo em territórios com elevado tempo de viagem a um SU e concentração de situações de privação.

A exploração do trajeto 1 permitiu concluir, a partir da distribuição dos ME na AML e da análise de rede para 2019, que o território Metropolitano possui, em termos generalizados, um baixo tempo de viagem a um ME (com e sem realização de transporte de utentes). Fica assim empiricamente demonstrado que os territórios com tempo de viagem elevado

a um SU, combinado com baixa densidade, população envelhecida e privação material Alta e Muito Alta, desfrutam de um ME em sua proximidade, operando estes como redutores de desigualdades, embora de forma relativa. Efetivamente, embora tenhamos assumido que os ME possuem uma cobertura “ótima” em termos de acesso, como demonstrou o tempo de viagem máximo encontrado de 18 minutos, os tempos mais elevados de deslocação pertencem às áreas com população potencialmente empobrecida.

A observação do trajeto 2 permitiu também concluir que a população residente em áreas carenciadas apresentou piores resultados. A análise dos ME veio revelar que as áreas com estas características e um alto índice de envelhecimento apresentaram sistematicamente piores resultados quanto ao tempo de viagem a todos os Meios de Emergência (população cumulativa por classe de tempo de viagem e tempo de viagem elevado a um SU via ambulância). As reflexões decorrentes desta análise apoiam a noção de que o espaço pode atuar para reforçar as desigualdades em saúde. Assim, torna-se necessário repensar a distribuição dos ME de maneira a combater a injustiça espacial e a melhorar o acesso geográfico ao primeiro ponto de contato com serviços de emergência, sobretudo nas áreas mais carenciadas, chamando a atenção para a importância de considerar as características socioeconômicas da população ao planejar a localização dos supracitados ME. Isso é particularmente relevante para famílias sem veículo particular que dependem exclusivamente da disponibilidade de ambulâncias para chegar ao hospital mais próximo.

5. Analisar como o espaço é mobilizado nas estratégias de planejamento dos SU dos setores público e privado, procurando por um lado (i) escrutinar os atributos do espaço enquanto ativos (ou não) no condicionamento das estratégias espaciais dos dois setores e das suas eventuais diferenças, designadamente ao nível da (re)produção de (in)justiças espaciais e, por outro, (ii) contribuir para o debate que eleva a posição do espaço enquanto um ativo na (re)produção ou minimização de desigualdades socioespaciais.

Os setores público e privado diferenciam-se logo à partida pelos objetivos estratégicos que procuram alcançar. No que compete à saúde, enquanto o primeiro tem como meta fundamental a garantia da equidade, embora mais perseguida do que efetivamente conseguida, a partir do entendimento da saúde como um direito, o segundo está direcionado à potencialização do lucro a partir do entendimento da saúde como um negócio. Esta diferença nas posições reflete-se em materialidades distintas no espaço geográfico, ganhando contornos específicos a forma como cada um daqueles setores analisa e usa o espaço em função do alcance dos seus objetivos.

Em concordância com os objetivos de cada setor ficou patente na investigação realizada que o espaço vem sendo mobilizado pelos grupos privados de saúde como uma forma de capital, cuja exploração assenta em atributos espaciais como a acessibilidade, centralidade e proximidade, a que se juntam a qualidade do espaço e da sua envolvente, a visibilidade e a concentração de serviços e população com determinadas características socioeconómicas, designadamente a pertença à classe média ou mais elevada. Isto é comprovado pela maior proximidade, em termos de distância-tempo, à população com características de utilizadores potenciais do serviço privado de saúde, refletindo-se em uma geografia historicamente mais concentrada e com um movimento muito recente de “periferização” na AML, do que a verificada para o setor público. Deste modo, evidenciamos que a competência mobilizada pelo setor privado para tirar partido dos atributos que o espaço oferece está voltada para a lógica da (re)produção do capital, contribuindo o espaço, enquanto ativo, para este processo.

Do lado do setor público, os atributos do espaço que são mobilizados estão fortemente ligados à concentração populacional sem considerar a estratificação social, e à redução da acessibilidade traduzida em distância-tempo, refletindo uma geografia dos SU inicialmente concentrada espacialmente, com destaque para a cidade de Lisboa, mas que foi acompanhando paulatinamente o processo de metropolização da AML, procurando garantir equidade com vista à redução das desigualdades sociais em saúde. Contudo, acontece que esse processo ainda guarda em si injustiças, na medida em que além de haver espaços “persistentes” no tempo com piores resultados em termos de acesso geográfico às urgências, esses espaços são também aqueles com privação mais elevada. Dito isto, revela-se que mesmo quando se mobiliza o espaço no sentido da construção de uma cidade mais igualitária em termos de acesso à saúde, a justiça espacial tende a chegar mais tarde às áreas com maiores necessidades, tornando-se fundamental continuar a persistir neste objetivo, antes de mais contrariando o descompasso entre a concentração de pessoas com mais necessidades em saúde e características individuais e contextuais que apontam para menor procura e utilização de serviços de saúde e a distribuição dos equipamentos.

O “convite” ao entendimento do espaço enquanto uma forma de capital, por via da mobilização estratégica dos seus atributos por parte de sujeitos dotados de competências para pô-la em prática, torna-o um ativo na condução de processos sociais, reforçando o

pensamento espacial crítico que procura ultrapassar a conceção de espaço enquanto puramente um produto social ou, pior, um elemento inerte.

Em suma, de um modo geral, concluímos ainda que as bases teóricas que envolvem o tema da justiça espacial oferecem um importante aporte para a operacionalização do conceito, como exemplifica o caso da saúde, explorado a partir da análise específica do setor dos serviços de urgências. As bases reflexivas da justiça espacial parecem apropriadas para investigações cujo interesse está na compreensão da (re)produção da (in)justiça na cidade a partir da sua dimensão espacial, não somente como um produto social, mas também como condicionante de práticas sociais, e logo (re)produtora ou minimizadora de desigualdades. Deste modo, as investigações resultantes da matriz da justiça espacial estarão contribuindo para a centralidade do espaço no entendimento e explicação dos fenômenos sociais, e consequentemente para o (re)equilíbrio ontológico na produção do conhecimento. Assim, é para a investigação com esse tipo de preocupação que esta tese, que é apenas uma pequena centelha no campo do pensamento espacial crítico, pretende contribuir.

A esta contribuição juntamos ainda outra, num campo científico específico, que diz respeito ao preenchimento de uma lacuna no conhecimento existente em Portugal sobre a análise da evolução de um serviço de saúde à luz da justiça espacial, com suporte do conceito de capital espacial, avançando para uma operacionalização dos conceitos e fazendo a sua aplicação empírica. No que tange ao poder público, esta investigação vem antes de mais confirmar o seu indiscutível papel na minimização de injustiças espaciais em saúde, ainda que haja um caminho a ser percorrido para o qual os resultados obtidos contribuem, dando a conhecer os espaços de privação que manifestam maiores necessidades de saúde e desafiam uma prática de planeamento essencialmente setorial, uma vez que a promoção da saúde também está na qualidade dos territórios de vida das pessoas. Como consequência, os contributos desta tese também se estendem a toda a população, em especial os grupos mais vulneráveis como os idosos e os imigrantes, para os quais é urgente que o uso do espaço pelo poder público não seja reforçador de desigualdades e (re)produtor de injustiças.

A chegada ao fim desta investigação deixa a certeza de que este percurso se abriu a mais perguntas do que aquelas a que efetivamente conseguimos responder. A relevância do trabalho empírico desta tese reside no assinalar dos espaços com potenciais riscos à saúde da população, sendo necessárias mais pesquisas incorporando as outras dimensões do

acesso, que não foram aqui contempladas, e reconhecer questões de injustiça espacial relacionadas a causas médicas específicas, sobretudo para a população idosa, imigrante e mulheres.

No contexto da maior longevidade da população portuguesa, os idosos tendem a experimentar reduções de mobilidade e crescentes necessidades de cuidados de saúde, enquanto a imigração tem sido um objetivo das políticas públicas portuguesas para fazer face à escassez de mão-de-obra em determinados setores de atividade e, em menor grau, à tendência para o envelhecimento rápido da população. Além disso, a literatura sobre epidemiologia e ciências sociais tem sugerido que em um estágio inicial da migração, a população imigrante tende a ter melhores resultados em saúde do que a população do país de acolhimento, mas, com o tempo, os níveis de saúde tendem a convergir, tornando-se essencial a garantia de que o espaço não se constitui como uma barreira a cuidados de saúde.

Assim, esta tese de doutorado, enquanto estudo académico, termina aqui. Já a temática da justiça espacial ligada à saúde, como objeto de investigação, certamente terá continuidade neste e noutros trabalhos geográficos, sempre alimentados pela semente do desconforto com as profundas desigualdades e injustiças espaciais na cidade. Se for possível dar um pequeníssimo contributo para as mitigar ou, pelo menos, para chamar a atenção para a sua persistência e para a melhor compreensão dos mecanismos espaciais que as suportam, já terá valido a pena.

Referências Bibliográficas

- Acton, J. P. (1975). Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence. *Journal of Political Economy*, 83(3), 595-614.
- Albet, Abel. (2011). Spatial justice: Where/when it all comes together. *City*, 15(1), 69-72. <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539012>.
- Alford-Teaster J., Lange, J. M., Hubbard, R. A., Lee, C.I., Haas, J. S., e Shi, X. (2016). Is the closest facility the one actually used? An assessment of travel time estimation based on mammography facilities. *International Journal of Health Geographics*, 15(8), 1-10.
- Allender, S., Scarborough, P., Keegan, T., e Rayner, M. (2012). Relative deprivation between neighbouring wards is predictive of coronary heart disease mortality after adjustment for absolute deprivation of wards. *J Epidemiol Community Health*, 66(9), 803-8. Disponível em: <internal-pdf://104.118.85.100/Allender-2012.pdf>.
- Almendra, R., Santana, P., e Vasconcelos. J. (2017). Evidence of social deprivation on the spatial patterns of excess winter mortality. *Int J Public Health*, 62(8), 849-56.
- Álvarez-Hernández. G., Lara-Valencia, F., Reyes-Castro, P. A., Rascón-Pacheco, R. A. (2010). An analysis of spatial and socio-economic determinants of tuberculosis in Hermosillo, Mexico, 2000-2006. *Int J Tuberc Lung Dis*, 14(6), 708-13. Disponível em: <internal-pdf://0432943044/Álvarez-Hernández-2010.pdf>.
- Alves, J., Nunes, C., e Perelman, J. (2016). Socio-economic inequalities in tobacco-related diseases in Portugal: an ecological approach. *Public Health*, (130), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.08.008>.
- Alves, L., Azevedo, A., Silva, S., e Barros, H. (2012). Socioeconomic inequalities in the prevalence of nine established cardiovascular risk factors in a southern European population. *PLoS ONE*, 7(5), e37158. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037158>.
- Amin, A. (2008). Collective culture and urban public space. *City: analysis of urban trends, culture, theory, policy, action*, 12(1), 5-24.
- Andrade, Manuel C. de. (1987). *Geografia, ciência da sociedade: uma introdução à análise do pensamento geográfico*. São Paulo: Atlas.
- Apolinário, D., Ribeiro A., Krainski, E., Sousa, P., Abranches, M., e Duarte, R. Tuberculosis inequalities and socio-economic deprivation in Portugal. *Int J Tuberc Lung Dis*, 7(21), 784-9.
- Apparicio, P., Abdelmajid, M., Riva, M., e Shearmur, R. (2008). Comparing alternative approaches to measuring the geographical accessibility of urban health services: Distance types and aggregation-error issues. *International Journal of Health Geographics*, 7(7), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-7-7>.

- Araújo, J. (2012). Sobre A Cidade e o Urbano em Henri Lefebvre. *GEOUSP Espaço E Tempo*, 16(2), 133-142.
<https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2012.74258>.
- Baganha, M., Ribeiro, J. S., e Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina*, n. 182, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.
- Barata Salgueiro, T. (1994). Novos produtos imobiliários e reestruturação urbana. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, 29(57), 79-101.
- Barata Salgueiro, T. (1997). Lisboa: metrópole policêntrica e fragmentada. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia* 32(63), 179-190.
- Barata Salgueiro, T. (2001). *Lisboa, Periferia e Centralidades*. Oeiras: Celta.
- Barata Salgueiro, T. (2002). Desenvolvimento Urbano de Lisboa. *Revista de Estudos Regionais*, (5), 7–22.
- Barata-Salgueiro T., Mendes L., e Guimaraes P. (2017). Tourism and urban changes: lessons from Lisbo. In: Gravary-Barbas, M.; Guinand S, editor. *Tourism and Gentrification in Contemporary Metropolises: International Perspectives*. Routledge. Londres, 255–75.
- Barata-Salgueiro, T. (1998). Cidade pós-moderna: espaço fragmentado. *Inforgéo* 12/13, 225-235.
- Barata-Salgueiro, T., e Marques da Costa, E. (2008). Características geográficas e transformações recentes das Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. In: J. Souto Gonzalez (ed.), *Áreas Metropolitanas en Galicia. Junta de Galicia, Santiago de Compostela*, 189-239.
- Barthon, C., e Monfroy, B. (2010). Sociospatial schooling practices: a spatial capital approach, *Educational Research and Evaluation*, 16(2), 177-196.
<https://doi.org/10.1080/13803611.2010.484978>.
- Baudrillard, Jean. (1975). *The Mirror of Production*. [Translated by Mark Poster]. ST Louis: Telos Press.
- Bauman, Z. (2013). *Does the Richness of the Few Benefit Us All?* Cambridge: Press editor, 100p.
- Benach, B. (2011). The spatial perspective in action, *City*, 15(1), 66-68.
<https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539015>
- Benzeval, M., e Judge, K. (2001). Income and health: The time dimension. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1371-90.
- Berke, E. M., e Shi, X. (2009). Computing travel time when the exact address is unknown: a comparison of point and polygon ZIP code approximation methods. *Int J Health Geogr*, 23(8), 1–9.

- Binder, G. (2012). Theory(izing)/practice: The model of recursive cultural adaptation. *Planning Theory*, 11(3), 221–241.
- Blain, A. P., Thomas, M. F., Shirley, M. D., Simmister, C., Elemraid, M. A., Gorton, R. (2014). Spatial variation in the risk of hospitalization with childhood pneumonia and empyema in the North of England. *Epidemiol Infect*, 142(2), 388-398. Disponível em: <internal-pdf://95.94.51.143/Blain-2014.pdf>
- Blanquet, M., Labbe-Lobertreau, E., Sass, C., Berger, D., e G., Laurent (2017) Occupational status as a determinant of mental health inequities in French young people: is fairness needed? Results of a cross-sectional multicentre observational survey. *Int J Equity Health*. 16(142). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0634-7>.
- Boelens, L. (2010). Theorizing practice and practising theory: outlines for an actor-relation-approach in planning. *Planning Theory*, 9(1), 28-62. <https://doi.org/10.1177/1473095209346499>.
- Borch, Christian (2002). Interview with Edward W. Soja: Thirdspace, Postmetropolis, and Social Theory, *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 3(1), 113-120. <https://doi.org/10.1080/1600910X.2002.9672816>.
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society* 14(6), 723-744.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: J. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (New York, Greenwood), 241-258.
- Brabyn L, e Skelly C. (2002). Modeling population access to New Zealand public hospitals. *Int J Health Geogr*. 1(3), 1-9.
- Branas, C. C., MacKenzie, E. J., Williams, J. C., Schwab, C. W., Teter, H. M., Flanigan, M. C., Blatt, A. J., e ReVelle C. S. (2005). Access to trauma centers in the United States. *JAMA*, 1; 293(21), 2626-2633.
- BRASIL. (2006). *Política Nacional de Atenção as Urgências e Emergências*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:c0I1e2EbiFMJ:bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt. Acesso: 02/05/2019.
- Brown, D., Allik, M., Dundas, R., e Leyland, A. H. (2014) *Carstairs Scores for Scottish Postcode Sectors, Datazones & Output Areas from the 2011 Census*. MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow.
- Bunge, W. (1966). *Theoretical Geography*. Gleerup: Lund.
- Burrows, S., Auger, N., Gamache, P., e Hamel. D. (2012). Individual and area socioeconomic inequalities in cause-specific unintentional injury mortality: 11-year follow-up study of 2.7 million Canadians. *Accid Anal Prev*, (45), 99-106.

- Burrows, S., Auger, N., Roy, M., e Alix, C. (2010). Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. *Public Health*, 124(2), 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.01.008>
- Cachinho, H. (2005). O comércio retalhista: da oferta de bens às experiências de vida. In: C. A. Medeiros (Dir.), *Geografia de Portugal – Atividades económicas e espaço geográfico*. Lisboa: Círculo de Leitores, 266-331.
- Campos, A. C. de (1983). *Saúde o custo de um valor sem preço*. Editora Portuguesa de Livros e Técnicos e Científicos, Lisboa, 1983.
- Campos, A. C. de (1986). Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e Realidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (18/19/20), 601-18.
- Campos, A. C. de (2011). *A saúde em Portugal, nos últimos quarenta anos*. Intervenção no Dia da Academia, dia 26 de novembro de 2011 em Coimbra. Disponível em: <http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/Sa%C3%BAde%20em%20Portugal.pdf>.
- Campos, A. C. de., e Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Portugal: Almedina, 235p. ISBN: 9789724047096.
- Campo, A. C. de. (2019). *Entrevista concedida dia 05 de fevereiro de 2019*. Duração: 1h30minutos. Realizada por Katielle Silva e acompanhada por Herculano Cachinho.
- Capucha, L. (2001). Pobreza e Exclusão Social. *Cadernos de Geografia*, nº especial, Actas do Terceiro Colóquio de Geografia de Coimbra, 175-195.
- Capucha, L. (2002). Introdução. In: *Portugal 1995-2000, Perspectivas da Evolução Social*. Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Lisboa.
- Carapinheiro, G., e Pinto, M. G. (1987). Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80, *Revista de Sociologia: Problemas e Práticas*, 73-109.
- Card, C. (2009). Injustice, Evil, and Opression. In Ferguson A, Nagel M (eds) *Dancing with Iris: The Philosophy of Iris Marion Young*. Oxford: Oxford University Press, 147-159.
- Cardoso, G., Loureiro, A., Mateus, P., Silva, M., Santana, P., e Almeida, J. C. de. (2015). Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica. In: Santana, Paula (coord.). *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra, 75-92. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1>
- Carlisle, R., Groom, L. M., Avery, A. J., Boot, D., e Earwicker, S. (1998). Relation of out of hours activity by general practice and accident and emergency services with deprivation in Nottingham: longitudinal survey. *Bmj*, 316(7130), 520-523.
- Carmo, A. (2014). *Cidade & cidadania (através da arte): o teatro do oprimido na região metropolitana de Lisboa*. Tese de doutoramento, Geografia Humana, Universidade de Lisboa, Instituto de Geografia e Ordenamento do Território, 380p.

- Carmo, A. (2019). *O Teatro do Oprimido na Periferia de Lisboa*. Cidade, Cidadania e Arte. Lisboa, Outro Modo-Cooperativa Cultural.
- Carmo, R. M., Cachado, R., e Ferreira, D. (2015). Desigualdades em Tempos de Crise: Vulnerabilidades Habitacionais e Socioeconômicas na Área Metropolitana de Lisboa. *Rev Port Estud Reg.* (40), 5-22.
- Carr, B. G., Branas, C. C., Metlay, J. P., Sullivan, A. F., e Camargo, C. A. (2009). Access to Emergency Care in the United States. *Ann Emerg Med*, 54(2), 261-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.11.016>.
- Carstairs, V., e Morris R. (1990). Deprivation and health in Scotland. *Health Bull* (Raleigh), 48(4), 162-175.
- Carstairs, V. (1995) Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49 (Suppl 2), S3-S8.
- Castells, Manuel. (1983 [1972]). *A Questão Urbana*. [Trad. Arlene Caetano] 4. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Catalão, Igor. (2010). *Brasília, metropolização e espaço vivido: práticas especiais e vida quotidiana na periferia goiana da metrópole* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. 156p. ISBN 978-85-7983-105-8.
- Cavalcante, L. V., e Lima, L. C. (2018). Epistemologia da Geografia e espaço geográfico: a contribuição teórica de Milton Santos. *Geosp – Espaço e Tempo*, 22(1), 61-75. ISSN 2179-0892.
- Chan, T. C., Chiang, P. H., Su, M. D., Wang, H. W., e Liu, M. S. (2014). Geographic disparity in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) mortality rates among the Taiwan population. *PLoS One*, 9(5), e98170. Disponível em: internal-pdf://148.203.82.35/Chan-2014.PDF
- Comissão de Utentes de Transportes de Odivelas. (2019). *Entrevista realizada no dia 01 de agosto de 2019*. Duração: 1h30 minutos. Realizada por Katielle Silva e acompanhada por Herculano Cachinho.
- Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES). (1998). *Reflexões sobre a saúde – recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: Ministério da Saúde.
- Corrêa, R. L. (2009). Espaço: um conceito-chave da geografia. In: Castro, I. E., Gomes, P. C. da C., Corrêa, R. L. (orgs.). *Geografia: Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand.
- Correia, M. (2019). *The Influence of Transportation Infrastructures and Policies on Urban Sprawl Expansion*. A Longitudinal Study of the Lisbon Metropolitan Area. Tese de Doutoramento. Instituto Superior Técnico de Lisboa, 191p.
- Costa, C., Loureiro, A., Freitas, A., e Santana, P. (2015). Suicídio em contextos de privação social e material na Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. In: Santana, Paula (Coord). *Território e saúde mental em tempos de crise*, 36–50. Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1>.

- Costa, C. (2015). Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF): 20 anos de existência. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 3(2), 40-43.
- Costa, Geraldo M. (2007). Teorias socioespaciais: diante de um impasse? *Etc...espaço, tempo e crítica*, 2(1), 1-16.
- Costa, Geraldo M. (2003). A contribuição da teoria do espaço de Lefebvre para a análise urbana. In: Ester Limonad (org.). *Entre a Ordem Próxima e a Ordem Distante: contribuições a partir do pensamento de Henri Lefebvre*. Niterói: UFF/GECEL, 9-14. ISBN 85-903791-6.
- Cunningham, D. (2010). Rights, politics and strategy: A response to Seeking Spatial Justice, *City*, 14(6), 604-606. <https://doi.org/10.1080/13604813.2010.525083>.
- Dear, M. (1997). Postmodern bloodlines. In: Benko, G., Strohmayer, U. *Space & Social theory: interpreting modernity and postmodernity*. Oxford: Blackwell Publishers, 49-71.
- Dewsbury, J. D. (2015). Non-representational landscapes and the performative affective forces of habit: from 'Live' to 'Blank'. *Cultural Geographies*, 22(1), 29-47.
- Dikeç, M. (2001). Justice and the spatial imagination. *Environment and Planning*, (33), 1785-1805.
- Domingues, Á. (2006). Cidade e democracia: 30 anos de transformação urbana em Portugal, Edição Argumentum, Lisboa. ISBN 972-8479-39-8.
- Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de pesquisa*, 115(1), 139-54.
- Duarte, J. A. M. (2005). Entrevista em profundidade. Duarte, J.A.M (Org.). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. São Paulo: Atlas, 1, 62-83.
- Dufaux, F., Gervais-Lambony, P., Lehman-Frisch, S., e Moreau, S. (2009). N° 01: Birth announcement. *Justice Spatiale / Spatial Justice*, (1), 1-3.
- Erskine, S., Maheswaran, R., Pearson, T., e Gleeson, D. (2010). Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales. *BMC Public Health*, 10(99), 1-8.
Disponível em: internal-pdf://121.96.246.90/Erskine-2010.pdf
- Evans, G. W., e Marcynyszyn, L. A. (2004). Environmental justice, cumulative environmental risk, and health among low-and middle-income children in upstate New York. *Am J Public Health*, 94(11), 1942-4.
Disponível em: internal-pdf://156.109.164.77/Evans-2004.pdf.
- Exeter, D. J, Boyle, P. J., e Norman, P. (2011). Deprivation (im) mobility and cause-specific premature mortality in Scotland. *Soc Sci Med*, 72(3), 389-97.
- Fainstein, S. (2009a). Planning and the Just City. In Marcuse P, Connolly J, Novy J, Olivo I, Potter C, Steil J (eds). *Searching for the Just City: Debates in urban theory and practice*. Routledge, Abingdon, 19-39.

- Fainstein, S. (2009b) Spatial Justice and Planning. *Justice spatiale / Spatial Justice*. 1. September. Disponível em: <http://www.jssj.org>.
- Fainstein, S. (1997). Justice, politics and the creation of urban space. In: Merrifield, A., Swyngedouw, E. 1997. *The urbanization of injustice*. New York: New York University Press, 18-44.
- Fainstein, S. (2010). *The just city*. Ithaca: Cornell University Press.
- Fari, T. J. P. (2013). Políticas públicas e (in)justiça socioespacial nas favelas do Rio de Janeiro, no contexto da organização dos mega-eventos esportivos. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, (15), 1-11.
- Farías, I. (2011). Ensamblajes urbanos: la TAR y el examen de la ciudad. *Athenea Digital*, 11(1), 15-40.
- Ferreira, F. A. G. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Ferreira, M. M. F. (2005). *Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão*. Tese de doutoramento em ciências empresariais. Universidade do Minho.
- Flamm, Michael e Kaufmann, Vincent. (2006). Operationalising the Concept of Motility: A Qualitative Study, *Mobilities*, 1(2), 167-189. <https://doi.org/10.1080/174501006000726563>
- Foucault, Michel. (1997 [1984]). Of Other Spaces: Utopias and Heterotopias" In: Neil Leach (ed.) *Rethinking Architecture: A Reader in Cultural Theory*. NYC: Routledge, 330-336.
- Gottdiener, Mark. (2010). *A Produção Social do Espaço Urbano*. 2.ed. São Paulo: Edusp.
- Franca, Lara., e Monte, Ana P. (2010). *Comparação entre sistemas de gestão hospitalar: SPA, SA e EPE, na perspectiva do planeamento e controlo orçamental: um estudo de caso*. In XIV Congresso Internacional de la Academia de Ciências Administrativas. Monterrey, 27 a 30 de abril.
- Fraser, N. (2009) *Scales of Justice: Reimagining Political Space in a Globalizing World*. New York: Columbia University Press.
- Fraser, N. (2012) *On Justice: Lessons on Plato, Rawls and Ishiguro*. New Left Review, (74), 41-51.
- Freyssenge, J., Renard, F., Schott, A. M., Derex, L., Nighoghossian, N., Tazarourte. K., e El Khoury, C. (2018). Measurement of the potential geographic accessibility from call to definitive care for patient with acute stroke. *Int J Health Geogr*. 17(1), 1-14.
- Friedman, J. M., Hagander, L., Hughes, C. D., Nash, K. A., Linden, A. F., Blossom, J., e Meara, J. G. (2013). Distance to hospital and utilization of surgical services in Haiti: do children, delivering mothers, and patients with emergent surgical conditions

experience greater geographical barriers to surgical care? *Int J Health Plann Manage*, 28(3), 248-56.

Fukuyama, F. (1999). *Fim da História e o Último Homem*. Coimbra: Gradiva, 384p.

Grupo José de Mello Saúde. (2019). *Entrevista concedida pelo Grupo José de Mello Saúde dia 23 de janeiro de 2019*. Duração: 45 minutos. Realizada por Katielle Silva e acompanhada por Herculano Cachinho.

Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 1-13.

Haas, G. (2011). Mapping (in)justice, *City*, 15(1), 87-95. <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539016>.

Hajna, S., Ross, N. A., Brazeau, A-S, Bélisle, P., Joseph, L., e Dasgupta, K. (2015). Associations between neighbourhood walkability and daily steps in adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 15(1), 768.

Hall, P. (2011). Great title, wrong book, *City*, 15(1), 78-80, <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539019>

Hamano, T., Kawakami, N., Li, X., e Sundquist, K. (2013). Neighbourhood Environment and Stroke: A Follow-Up Study in Sweden. *PLoS One*, 8(2), e56680. Disponível em: [internal-pdf://207.157.209.185/Hamano-2013-Neighbourhood-environment-and-stro.pdf](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056680).

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet* (7696), 405-412, Fev 27.

Hart, J, T. (2004). Inverse and Positive Care Laws. *Br J Gen Pract*, 54(509), 890-890.

Harvey, D. (1992). Social Justice, Postmodernism and the City. *International Journal of Urban and Regional Research*, (16), 588-601.

Harvey, D. (1996). *Justice, Nature & the Geography of Difference*. Oxford: Blackwell Publishing.

Harvey, D. (2006a). Space as a keyword. In: Castree, N., e Gregory, D. (org.). *David Harvey: a critical reader*. Malden e Oxford: Blackwell, 270-293.

Harvey, D. (1969). *Explanation in Geography*. London: Edward Arnold.

Harvey, D. (1975). The Geography of Capitalist Accumulation: a Reconstruction of the Marxian Theory. *Antipode*, 7(2), 9-21. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.1975.tb00616.x>.

Harvey, D. (1978). The urban process under capitalism: a framework for analysis. *International Journal of Urban and Regional Research*, 2(1-3), 101-131. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.1978.tb00738.x>.

Harvey, D. (1980 [1973]). *A justiça social e a cidade*. São Paulo: Hucitec, 291p.

Harvey, D. (1981). The Spatial Fix – Hegel, Von Thunen, And Marx. *Antipode*, 13(3), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.1981.tb00312.x>.

- Harvey, D. (2006b [1989]). *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 15. ed. [Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves]. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 349 p.
- Harvey, D. (2005 [2001]). *A produção capitalista do espaço*. Tradução de Carlos Szlak. São Paulo: Annablume, 251p.
- Haynes, R., Bentham, G., Lovett, A., e Gale, S. (1999). Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. *Soc Sci Med*, 49(3), 425-33.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10414825>.
- Haynes, R., Jones, A. P., Sauerzapf, V., e Zhao, H. (2006). Validation of travel times to hospital estimated by GIS. *International Journal of Health Geographics*, 5(40), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-5-40>.
- Henneman, P. L., Garb, J. L., Capraro, G. A., Li, H., Smithline, H. A., e Wait, R. B. (2011). Geography and Travel Distance Impact Emergency Department Visits. *Journal Emerg Med*, 40(3), 333-9.
Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0736467909008087>.
- Higgs, G. (2005). A literature review of the use of GIS-based measures of access to health care services. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, (5), 119-139. <https://doi.org/10.1007/s10742-005-4304-7>.
- Hirsch, J. A., Winters, M., Clarke, P. J., Ste-Marie, N., e McKay, H. A. (2016). The influence of walkability on broader mobility for Canadian middle aged and older adults: An examination of Walk Score and the Mobility Over Varied Environments Scale (MOVES). *Prev Med*, (95), S60–7. Disponível em: <internal-pdf://63.21.81.180/Hirsch-2017.pdf> <internal-pdf://3920777667/Hirsch-20172.pdf>.
- Hoffmann, R., Borsboom, G., Saez, M., Dell’Olmo, M., Burström, B., Corman, D., e Borrell, C. (2014). Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study. *International Journal of Health Geographics*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-13-8>.
- INEM (2017). *Instituto Nacional de Emergência Médica - Relatório Anual Meios de Emergência Médica* (2017). Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/04/Relat%C3%B3rio-Meios-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica-2017VF-2.pdf> Acesso: 19/04/2018.
- INEM (2018a). *CODU MAR – Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar*. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes-mar/> Acesso: 30/08/2018
- INEM (2018b). *CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise*. Disponível em: <https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-apoio-psicologico-e-intervencao-em-crise/> Acesso: 30/08/2018.

- INEM (2018c). *O INEM*. Disponível em: <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>. Acesso: 02/09/2018.
- INEM (2018d). *Reorganização do Horário de Funcionamento de Ambulâncias do INEM*. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/04/28/noticia-3/> Acesso: 18/04/2018
- Ingram, D. R., Clarke, D. R., e Murdie, R. A. (1978). Distance and the decision to visit an emergency department. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, 12(1), 55-62.
- INE. (2019). *Instituto Nacional de Estatística - Conta Satélite 2016-2018*, p. 9. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1M_u61mkK-nes1kdM-awfltOka_gzLF1aW/view?usp=sharing. Acesso: 17/12/2019.
- INE. *Instituto Nacional de Estatística*. (2001). Conceitos e Metodologias. BGRI-Base Geográfica de Referenciação de Informação. Direcção regional de Lisboa e Vale do Tejo/INEE. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:swkXUvZLSFIJ:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D107197%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt. Acesso: 23/10/2019.
- INE. (2017). *Instituto Nacional de Estatística - Inquérito à Mobilidade nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e de Lisboa (AML)*. 02 de julho 2018. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8oBNti6pJDQJ:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D334858898%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt.
- Iveson, K. (2010) SeekingSpatialJustice: Some reflections from Sydney, *City*, 14(6), 607-11.
- Jacobs, D. E. (2011). Environmental health disparities in housing. *Am J Public Health*, 101(S1), S115-22.
- Jarman, B. (1983). Identification of underprivileged areas. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 286(6379), 1705-9.
- Jones, C. M., Clouting, D., e McCartney, G. (2013). Socio-economic status of patients registered with NHS dental services in Scotland: an inverse “dental” care law? *Br Dent J*, 214(5), E14-E14. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.223>.
- Kant, Immanuel. (2008 [1781]. *Crítica da razão pura*. Editor: Fudação Calouste Gulbenkian, 6ª edição. ISBN: 9789723106237.
- Kärholm, M. (2007). The Materiality of Territorial Production: A Conceptual Discussion of Territoriality, Materiality, and the Everyday Life of Public Space. *Space and Culture*, 10(4), 437-453.
- Kärholm, M. (2008). The Territorialisation of a Pedestrian Precinct in Malmö: Materialities in the Commercialisation of Public Space. *Urban Studies*, 45(9), 1902 -24.

- Kaufmann, V., Bergman, M. M. e Joye, D. (2004). Motility: Mobility as Capital. *International Journal of Urban and Regional Research*, 28(4), 745-56.
- Keall, M., Baker, M. G., Howden-Chapman, P., Cunningham, M., e Ormandy, D. (210). Assessing housing quality and its impact on health, safety and sustainability. *J Epidemiol Community Health*, 64(9), 765-71.
- Keating, M. (2001). Rethinking the region: Culture, institutions and economic development in Catalonia and Galicia. *European Urban and Regional Studies*, 8(3), 217-234. <https://doi.org/10.1177/096977640100800304>.
- Khan, A. A. (1992). An integrated approach to measuring potential spatial access to health care services. *Socio-Economic Planning Sciences*, 26(4), 275-87. [https://doi.org/10.1016/0038-0121\(92\)90004-O](https://doi.org/10.1016/0038-0121(92)90004-O).
- Kofman, E., e Lebas, E. (1996). *Writings on Cities- Henri Lefebvre*. [Selected, translated and introduced by Eleonore Kofman and Elizabeth Lebas]. Blackwell Publishers: Oxford.
- Lacoste, Y. (1988 [1976]). *A Geografia – Isso Serve, Em Primeiro Lugar, Para Fazer a Guerra*. São Paulo: Papirus.
- Langford, M., e Higgs, G. (2006). Measuring Potential Access to Primary Healthcare Services: The Influence of Alternative Spatial Representations of Population. *The Professional Geographer*, 58(3), 94-306. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9272.2006.00569.x>.
- Latour, B. (1996). *On Actor-Network-Theory: a few clarifications*. *Soziale Welt*, 47, 369-381. <https://doi.org/10.2307/40878163>.
- Law, M. R., Dijkstra, A., Douillard, J. A., e Morgan, S. G. (2011). Geographic Accessibility of Community Pharmacies in Ontario. *Healthc Policy*, 6(3), 36-46.
- Lee, R. (2000). Justicia territorial. In: Johnston, R. et al. (eds.) *Diccionario Akal de Geografía Humana*. Madrid: Akal.
- Lefebvre, H. (1972). *Espacio y Política*. Barcelona: Península.
- Lefebvre, H. (1991 [1974]). *The Production of Space*. Oxford: Blackwell.
- Lefebvre, H. (1977 [1957]). *Problemas Actuais do Marxismo*. Portugal: Biblioteca Ulmeiro.
- Lefebvre, H. (2004 [1992]). *Rythmanalysis: space, time and everyday life*. [Translate. S. Elden and G. Moore]. Nova York: Continuum.
- Lefebvre, H. (2006 [1974]). *A produção do espaço*. Tradução: Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: *La production de l'espace*. 4ª ed. Paris: Editions Anthropos, 2000).
- Levesque, J-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Internacional Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.

- Lévy, J. e Lussault, M. (2003). *Dictionnaire de la géographie*. Paris: Belin.
- Lévy, J. (1994), *L'espace le'gitime. Sur la dimension ge'ographique de la fonction politique* [The legal space. About the geographical dimension of political function]. Paris, France: Les Presses de Sciences Po.
- Lévy, J. (2014). Inhabiting. In: R. Lee, N. Castree, R. Kitchin, V. Lawson, A. Paasi, C. Philo, S. Radcliffe, S. Roberts (eds.). *The sage handbook oh human geography*, Part I Thousand Oaks, CA: Sage, 45-68. <https://doi.org/10.4135/9781446247617.n4>.
- Lima, I. (2012). *Entre a Geopolítica do Sentido e a Justiça Territorial: Inteligências Cidadãs no Equador E no México*. Atas XII Colóquio Internacional de Geocrítica. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 7 a 11 de mayo. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2012/actas.htm>. Acesso: 15/06/2017.
- Limonad, Ester., Lima, Ivaldo Gonçalves de. (2003). Entre a ordem próxima e a ordem distante: contribuições a partir da obra de Henri Lefebvre. In: Ester Limonad (org.). *Entre a Ordem Próxima e a Ordem Distante: contribuições a partir do pensamento de Henri Lefebvre*. Niterói: UFF/GECEL. P. 15-33. ISBN 85-903791-6.
- Lin S. (2004). Access to Community Pharmacies by the Elderly in Illinois : A Geographic Information Systems Analysis. *J Med Syst*, 28(3), 301-9.
- Liss, Jon. (2010) In Virginia...desperately Seeking Spatial Justice, *City*, 14(6), 612-15. <https://doi.org/10.1080/13604813.2010.525305>.
- Lobo, M. C., Pardal, S. C., Correia, P. V.D., e Lobo, M. S. (1995) *Normas Urbanísticas – Princípios e Conceitos Fundamentais*. Lisbon: DGOTDU-UTL.
- Loureiro, A., Santana, P., Nunes, C., e Almendra, R. (2019). The Role of Individual and Neighborhood Characteristics on Mental Health after a Period of Economic Crisis in the Lisbon Region (Portugal): A Multilevel Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2647), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152647>.
- Louro, A., Marques da Costa, N. (2016). *Commuting flow pattern in LMA: Towards an effective contribution to sustainable development?* 12th International Symposium on Urban Planning and Environment, Lisboa.
- Lovett, A., Haynes, Robin., Sünneberg., Gale, Susan. (2002). Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. *Social Science and Medicine*, Boston, 55(1), 97-111.
- Luo, W. (2004). Using a GIS-based floating catchment method to assess areas with shortage of physicians. *Health Place*, 10(1), 1-11.
- Mace, A. (2017). Spatial capital as a tool for planning practice. *Planning Theory*, 16(2), 119-32.
- Machado, M. do C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, M. R., e Dias, A. (2006). *Maternal and Childhood Healthcare in an Immigrant Population. Are they treated differently?* Porto: Laboratórios Bial.

- Macintyre, K., Stewart, S., Chalmers, J., Pell, J., Finlayson, A., Boyd, J., Redpath, A., McMurray, J., e Capewell, S. (2001). Relation between socioeconomic deprivation and death from a first myocardial infarction in Scotland: population based analysis. *Bmj*, 2001, 322(7295), 1152-1153. Disponível em: <internal-pdf://129.250.66.51/Macintyre-2001.pdf>.
- Macintyre, S., Macdonald, L., e Ellaway, A. (2008). Do poorer people have poorer access to local resources and facilities? The distribution of local resources by area deprivation in Glasgow, Scotland. *Soc Sci Med*, 67(6), 900-914.
- Madeira, P., e Vale, M. (2015). Desigualdade e espaço no capitalismo contemporâneo: uma questão de (in)justiça territorial? *GEOUSP Espaço E Tempo*, 19(2), 196-211. <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2015.102771>.
- Malheiros, J., e André, I. (2016). Justiça Espacial. In: Fernandes, J. A. R., Trigal, L. L., Sposito, E. S. (org.) *Dicionário de Geografia Aplicada*. Porto: Porto Editora, 281p.
- Marcuse P (2009) Spatial Justice: Derivative but Causal of Social Injustice. *Justice Spatiale / Spatial Justice*, (1), 49-57.
- Marí-Dell’Olmo, M., Gotsens, M., Palència, L., Burström, B., Corman, D., Costa, G., Borrell, C. (2015). Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(5), 432-441. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204312>.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., e Goldblatt, P. (2012). Who European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 380p. 1011-1029. [https://doi: 10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8).
- Marques da Costa, E., Marques da Costa, N. (2009). Mobilidade e forma urbana. O caso da Área Metropolitana de Lisboa. *Sociedade e Território*, (42), 75-85.
- Marques da Costa, N. (2007). *Mobilidade e Transporte em Áreas Urbanas*. O caso da Área Metropolitana de Lisboa. Dissertação de Doutoramento em Geografia Humana, Universidade de Lisboa.
- Marques da Costa, N. (2016). *Acessibilidade e Transportes*. Atlas Digital. Disponível em: http://www.aml.pt/susProjects/susWebBackOffice/uploadFiles/wt1wwpgf_aml_su_s_pt_site/componentText/SUS57FCBBEE58CA4/EATLAS_AML_ACESSIBILIDADES_FORMATADO.PDF. Acesso: 20/01/2019.
- Marques da Costa, N. (2014). *Dispersão urbana e mobilidade na Área Metropolitana de Lisboa*. V Congresso da Geografia Portuguesa - Portugal: Territórios e Protagonistas, Guimarães.
- Martikainen, P., Kauppinen, T. M., e Valkonen, T. (2003). Effects of the characteristics of neighbourhoods and the characteristics of people on cause specific mortality: a register based follow up study of 252 000 men. *J Epidemiol Community Health*, 57(3), 210-7. Disponível em: <internal-pdf://167.133.80.34/Martikainen-2003.pdf>.

- Massey, Doreen., e Keynes, Milton. (2004). Filosofia e política da espacialidade: algumas considerações. *GEOgraphia*, Niterói, 6(12), 7-23.
- Mendes L.(2018). Tourism gentrification in Lisbon: The panacea of touristification as a scenario of a post-capitalist crisis. In: David I, editor. *Crisis, Austerity and Transformation: How Disciplinary Neoliberalism is Changing Portugal*. Lexington. London, 25-46.
- Mendes, L. (2008). Urbanização clandestina e fragmentação socio-espacial urbana contemporânea: o Bairro da Cova da Moura na periferia de Lisboa. *Revista da Faculdade de Letras- Geografia - Universidade do Porto II Série*, Vol. II, 57-82.
- Mendieta, E. (2011). The spatial metaphors of justice: on Edward W. Soja, *City*, 15(1), 81-84. <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539058>.
- Miguel, J. P. (2008). *A saúde em tempos de transição (1968-1974)*. Intervenção proferida no Ciclo de debates do Centro Nacional de Cultura, Grémio Literário e Círculo Eça de Queiroz. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22350/1/Saude_transicao.pdf
- Minayo, M. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. (2008). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes, S. F., Minayo, M. C. de S., Gomes, R. (Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moore, W. E. (1963). *Man, time and society*. New York: John Wiley & Sons.
- Mora, L. M. (2018). *A Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa*. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/10/A-SOCIEDADE-MEDICA-DOS-HCL.pdf>
- Moraes, A. C. R. de. (1987). *Geografia: pequena história crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Munoz, U. H., e Källestål, C. (2012). Geographical accessibility and spatial coverage modeling of the primary health care network in the Western Province of Rwanda. *Int J Health Geogr*. 11(40), 1-11.
- Nesbitt, R. C, Gabrysch, S., Laub, A., Soremekun, S., Manu, A., Kirkwood, B. R., Amenga-Etego, S., Wiru, K., Höfle, B., e Grundy, C. Methods to measure potential spatial access to delivery care in low- and middle-income countries : a case study in rural Ghana. *Int J Heal Geogr*, 13(25), 1-13.
- Neuman, Michael. (2005). The compact city fallacy. *Journal of Planning Education and Research n° 1*. Virginia: Sage Publications, (25), 11-26.
- Newman, K. (2009). Social Justice, Urban. In Kitchin R, Thrift N (eds) *Internacional Encyclopedia of Human Geography*, vol. 10. Amsterdam: Elsevier, 195-198.
- Nogueira, H. (2007). Territórios de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa. In: Santana P (coord.), *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, p. 133-141.

- Nogueira, H. (2016) What is happening to health in the economic downturn? A view of the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Annals of Human Biology*, 43(2), 164-68. <http://doi.org/10.3109/03014460.2015.1131846>.
- Nogueira, H. e Remoaldo, P. (2013). Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde”. In: Remoaldo P, Nogueira H (coord.), *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Coimbra: Edições Colibri, 11-27.
- Nogueira, H. (2010). Deprivation amplification and health promoting resources in the context of a poor country. *Soc Sci Med*. 70(9), 1391-1395.
- Nogueira, H. (2009). Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*, (45), 29-47.
- Nogueira, H., e Lourenço, A. (2015). Privação Socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa. Análise evolutiva da década 2001-2011. *Revista de Estudos Demográficos*, (55), 31-40.
- Nogueira, H., e Remoaldo, P. (2012). Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde. In: Nogueira, H., Remoaldo, P. (Coord.). *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Coimbra: Edições Colibri, 11-30. ISBN: 9789896892814.
- Nogueira, H., Santana, P., e Santos, R. (2007b). Saúde: vulnerabilidade e oportunidade na Área Metropolitana de Lisboa. In: Santa, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*, Coimbra: Edições Almedina, p. 119-132.
- Nogueira, H., Santana, P., e Santos, R. (2006) *Linking Perceptions of Health to Neighbourhood Environment in Lisbon Metropolitan Area, Portugal*, In: The Sustainable City 2006, Wessex Institute of Technology. Estónia, 17-19 de julho.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: Relatório de Primavera, 2001*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>. Acesso: 06/06/2017.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2002). *O estado da saúde e a saúde do Estado: Relatório de Primavera, 2002*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. Disponível em: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>. Acesso: 06/06/2017
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2013). *Duas faces da saúde: Relatório de Primavera, 2013*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2013. Disponível em: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>. Acesso: 06/06/2017.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2017). *Viver em tempos incertos- sustentabilidade e equidade na saúde: Relatório de Primavera, 2017*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2017. Disponível em: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>. Acesso: 06/06/2019.
- OCDE. *OCDE Economic Surveys – 1997-1998 – Portugal*. OCDE, paris, 1998.

- Olden, K., e White, S. L. (2005). Health-Related Disparities: Influence of Environmental Factors. *Med Clin N Am*, 89(4), 721-738.
- Onega, T., Duell, E. J., Shi, X., Wang, D., Demidenko, E., e Goodman D. (2008). Geographic access to cancer care in the U.S. *Cancer*, 12(4), 909-18.
- Padeiro, M. (2018a). Geographical accessibility to community pharmacies by the elderly in metropolitan Lisbon. *Research in social and administrative pharmacy*, 14(7), 653-62. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.014>.
- Padeiro M. (2018b). Comparing alternative methods to measuring pedestrian access to community pharmacies. *Heal Serv Outcomes Res Methodol*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10742-017-0173-0>.
- Paiva, D. (2017). Teorias não-representacionais na Geografia I: conceitos para uma geografia do que acontece. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, 52(106), 159-68. <https://doi.org/10.18055/Finis10196>.
- Pereira, J. (1995). *Equity, health and health care: an economic study with reference to Portugal*. Tese de Doutoramento. Department of Economics and Related Studies. University of York.
Disponível em: <http://etheses.whiterose.ac.uk/9765/1/261179.pdf>.
- Pereira, M., e Ramalhete, F. (2017). Planeamento e conflitos territoriais: uma leitura na ótica da (in)justiça espacial. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, 52(104), 7- 24.
- Pham, Hien., Apparicio P., Séguin A-M., Landry S., e Gagnon M. (2012). Spatial distribution of vegetation in Montreal: an uneven distribution or environmental inequity? *Landsc Urban Plan*. 107(3), 214-24.
- PORDATA. (2020). *Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%B Ade+total+e+por+tipo+de+agente+financiador-2959>. Acesso: 04/01/2020.
- Portas, N., Domingues Á., Cabral, J. (2011). *Políticas urbanas II: transformações, regulação e projectos*. Lisboa: FCG, 392p.
- Portugal. (1996). *Comissão Nacional para a Reestruturação das Urgências: Relatório sobre Reestruturação das Urgências*. Ministério da Saúde.
- Portugal. (2001). *Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência*. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, p. 24. Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>.
- Portugal. (2007a). *Ministério da Saúde. Proposta de Requalificação das Urgência*. Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências. – Lisboa: Ministério da Saúde, 24p.

- Portugal. (2007b). *Ministério da Saúde. Proposta de Requalificação das Urgências - Esclarecimentos adicionais*. – Lisboa: Ministério da Saúde, 7p. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/31F11DDF-509C-43D2-8255-B36C85408015/0/CTAPRUcomunicado012007.pdf>
- Portugal (2012). *Ministério da Saúde. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. – Lisboa: Ministério da Saúde, 123p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>.
- Ramos, A. R., e Silva, C. (sd). *Evolução dos seguros de saúde em Portugal*. Disponível em: <https://www.asf.com.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=18235&img=2837>. Acesso: 11/10/2019.
- Ramos; V., e Pereira, N. S. (2018) Material deprivation and food insecurity: perceived effects on mental health and well-being. In: Ana Delicado, Nuno Domingos, Luís de Sousa (eds). *The diverse worlds of sustainability*. Vol III, pp. 129-152. Instituto de Ciências Sociais. <https://doi.org/10.31447/ics9789726715054>.
- Rawl, J. (1999 [1971]). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Remoaldo, P., e Machado, H. (2008). *O sofrimento oculto: causas, cenários, vivências da infertilidade* (Coleção B). Porto.
- Rérat, P., e Lees, L. (2010). Spatial capital, gentrification and mobility: evidence from Swiss core cities. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 36(1), 126-42. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5661.2010.00404.x>.
- Ribeiro, A., Launay, L., Guillaume, E., Launoy, D., Barros, H. (2018). The Portuguese version of the European Deprivation Index: Development and association with all-cause mortality. *PLoS One*, 13(12).
- Ribeiro, A. I., Grainski, E., Carvalho, M. S., Pina, M. D. F de. (2017). The influence of socioeconomic deprivation, access to healthcare and physical environment on old-age survival in Portugal. *Geospat Health*, 12(2).
- Ribeiro, V. (2013). A (in)equidade no acesso aos serviços de saúde: uma abordagem à exclusão social no município de Braga. In: Remoaldo P, Nogueira H, editors. *Desigualdades Socio-Territoriais e Comportamentos em Saúde*. Lisboa: Colibri, 200-43p.
- Rick, A. (1997). *What Space Makes of Us: Thirdspace, Identity Politics, and Multiculturalism*. American Educational Research Association Conference Chicago, Illinois March 28, 1997.
- Roberts, S. E., Thorne, K., Evans, P. A., Akbari, A., Samuel, D. G., Williams, J. G. (2014). Mortality following acute pancreatitis: social deprivation, hospital size and time of admission: record linkage study. *BMC Gastroenterol*, 14(1), 153. Disponível em: <internal-pdf://0019139646/Roberts-2014.pdf>.

- Roberts, S. E., Williams, J. G., Meddings, D., e Goldacre, M. J. (2008). Incidence and case fatality for acute pancreatitis in England: geographical variation, social deprivation, alcohol consumption and aetiology – a record linkage study. *Aliment Pharmacol Ther.* 28(7), 931-41.
- Rodrigues, C., e Andrade, I. (2012) Monetary Poverty, Material Deprivation and Consistent Poverty in Portugal. *Revista Notas Económicas*, (35), 20-39.
- Roos, L., Magoon, J., Gupta, S., Chateau, D., e Veugelers, P. (2004) Socioeconomic Determinants of Mortality in Two Canadian Provinces: Multilevel Modelling and Neighborhood Context, *Soc. Sci. Med.*, 59(7), 1435-47.
- Rudge, G. M., Mohammed, M. A., Fillingham, S. C., Girling, A., Sidhu, K., e Stevens, A. J. (2013). The combined influence of distance and neighbourhood deprivation on Emergency Department attendance in a large English population: a retrospective database study. *PLoS One*, 8(7), e67943.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23874473>
- Sakellarides, C. (2000). Direcção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), 27-34.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., Barbosa, P., (2015). *O futuro do sistema de saúde português-Saúde 2015*. Estudo realizado para Observatório do QCA III. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Sakellarides, C. (2009). O gestor tem de ser criativo e empreendedor. Não pode ser só técnico. Entrevista publicada na *Revista Gestão Hospitalar*, (41), 12-19.
- Sakellarides, C. (2018). *Entrevista concedida no dia 19 de novembro de 2018. Duração: 1h40minutos*. Realizada por Katielle Silva e acompanhada por Herculano Cachinho.
- Santana P., Santos, R., e Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Soc Sci Med*, 68(4), 601-9.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19135287>.
- Santana, P., Costa, C., Marí-Dell’Olmo, M., Gotsens, M., e Borrell, C. (2015a). Mortality, material deprivation and urbanization: exploring the social patterns of a metropolitan area. *International Journal Equity Health*, 14(55), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0182-y>.
- Santana, P. (1996) Utilização dos cuidados hospitalares: uma abordagem da geografia da saúde’. In: Vaz, A.; Ramos, F.; Pereira, J. (Ed.) *As reformas dos sistemas de saúde*. APES. Lisboa, 182–208.
- Santana, P. (2005) *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento*. Evolução e tendências em Portugal. Coimbra: Almedina.

- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., e Ferrão, J. (2015b). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, (35), 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.07.001>.
- Santana, P., Costa, C., Loureiro, A., Raposo, J., e Boavida, J. M. (2014a). Geografias da diabetes mellitus em Portugal: Como as Condições do Contexto Influenciam o Risco de Morrer. *Acta Medica Portuguesa Port*, 27(3), 309-17.
- Santana, P., Costa, C., Nogueira, H., e Santos, R. (2007). Identificação das vulnerabilidades do ambiente físico e social na construção da cidade sustentável. In: Santana, P. (orgs). *A cidade e a saúde*. Coimbra: Almedina, 165-180.
- Santana, P., Freitas, A., e Almendra, R. (2015c) Índices de Saúde da População nos Últimos 20 anos. In: Santana, P. (orgs). *A geografia da saúde da população. Evolução nos últimos 20 anos em Portuga Continental*. Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra. pp. 80-105. <https://doi.org/10.17127/cegot/2015.G>.
- Santana, P., e Roque, N. (2007). A (In)Segurança na Amadora. In: Santana, P. (orgs). *A cidade e a saúde*. Coimbra: Almedina, 182-195.
- Santana, S., Nogueira, H., Santos, R. (2006). O Papel do Ambiente Físico e Social na Construção de Comunidades Saudáveis. Ensaio Metodológico Aplicado à Amadora. *Revista Engenharia Civil*. Universidade do Minho. (27), 17-27.
- Santos, B. S. (1992). *O Estado, as Relações Salariais e o Bem Estar Social na Semiperiferia: o caso português*. CES. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/32.pdf>
- Santos, M. (1997[1994]). *Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico científico informacional*. 3 ed. São Paulo: HUCITEC.
- Santos, M. (2006 [1996]). *A natureza do espaço: espaço e tempo: razão e emoção*. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. ISBN 85-314-0713-3
- Santos, Mn. (1979). *Espaço e Sociedade*. Petrópolis: Vozes.
- Santos, M. (2008 [1978]). *Por uma Geografia Nova: da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica*. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC.
- Santos, M. (2006). *A natureza do Espaço: Tempo e Técnica, Razão e Emoção*. São Paulo: Edusp.
- Santos, M. (2008). *O espaço dividido: Os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos*. São Paulo: Edusp.
- Santos, Milton. (2007). *O espaço do cidadão*. São Paulo: Edusp.
- Sanz-Barbero, B., Otero García, L., e Blasco Hernández, T. (2012). The effect of distance on the use of emergency hospital services in a Spanish region with high population dispersion: a multilevel analysis. *Medical care*, 50(1), 27-34.

- Saquet, M. A., Silva, S. S. (2008). Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. *Geo UERJ* - Ano 10, 2(18), 24-42.
- Schmid, Christian. (2012). A teoria da produção do espaço de Henri Lefebvre: em direção a uma dialética tridimensional. *GEOUSP – espaço e tempo*, São Paulo, (32), 89-109.
- Schmitz, N., Nitka, D., Gariepy, G., Malla, A., Wang, J., Boyer, R., Messier, L., Strychar, I., e Lesage, A. (2009). Association Between Neighborhood-Level Deprivation and Disability in a Community Sample of People With Diabetes. *Diabetes Care*, 32(11), 1998–2004.
- Semenza, J. C., Suk, J. E., e Tsoлова, S. (2010). Social determinants of infectious diseases: a public health priority. *Eurosurveillance*, 15(27), 19608. Disponível em: internal-pdf://181.196.205.221/Semenza-2010.pdf.
- Shankar, J., Eugene Ip., Khalema, E., Couture, J., Tan, S., Zulla, R. T., e Lam G. (2013). Education as a Social Determinant of Health: Issues Facing Indigenous and Visible Minority Students in Postsecondary Education in Western Canada. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 10(9), 3908-29. <https://doi.org/10.3390/ijerph10093908>.
- Shaw, M., e Dorling, D. (2004). Who cares in England and Wales ? The Positive Care Law : cross-sectional study. *Br J Gen Pract.*, 54(509), 899-903.
- Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados. (2017). *Setor Privado da Saúde em Portugal*. Mateus, A., Ramalho, E., Oliveira, H., Rodrigues, E., Ferreira, R. (Equipe). Disponível em: <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/Estudo-Sector-Privado-da-Sa%C3%BAdade-em-Portugal.pdf>. Acesso: 08/08/2019.
- Silva, K. (2013). *Potencialidades e desafios da política pública de saúde para o desenvolvimento socioambiental*: discussão das unidades de pronto atendimento (UPAs). Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente. Recife, 2013, 180p.
- Silva, K., e Castilho, C. (2013). *A Complexidade da Distribuição Espacial do Ambiente da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Região Metropolitana do Recife* (The Complexity Spatial Distribution of Environment of Emergency Unit in Recife's Metropolitan Region). *Revista Brasileira de Geografia Física*, 6(3), 373-83.
- Simões, J., Barros, P., Pereira, J. (Coord). (2007). *Relatório A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>
- Simonsen, Kirsten. (1996). What kind of space in what kind of social theory? *Progress Human Geography*, 20(4), 494-512.
- Smith, N. (1996). Social Justice and the New American Urbanism: The Revanchist City. In Merrifield A, Swyngedouw E (eds) *The Urbanization of Injustice*. Lawrence & Wishart, London: 117-136.

- SNS (2015). *Serviço Nacional de Saúde- Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Ministério da Saúde, p. 100. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>. Acesso: 14/04/2019.
- SNS-PCS (2019). *Serviço Nacional de Saúde*. Prestadores de Cuidados de Saúde (2019). <https://www.sns.gov.pt/sns/pesquisa-prestadores/>. Acesso: 20/01/2019.
- SNS-BI-CSP. (2019). *Serviço Nacional de Saúde*. Plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx> Acesso: 02/02/2019.
- Soja, E. (1980). *The socio-spatial dialectic*. *Annals of the Association of American Geographers* 70(2), 207-25.
- Soja, E. (1993 [1989]). *Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. 323p.
- Soja, E. (2009). The city and spatial justice [«La ville et la justice spatiale», translation: Sophie Didier, Frédéric Dufaux], *justice spatiale / spatial justice*, n° 01 setembro.
- Soja, E. (2010a). *Seeking Spatial Justice*. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Soja, E. (2010b). Spatializing the urban, Part I, *City*, 14(6), 629-35. <https://doi.org/10.1080/13604813.2010.539371>.
- Soja, E. (2011). Spatializing justice - Part II, *City*, 15(1), 96-102. <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.554075>.
- Soja, E., e Hadjilichas, C. (1979). Between Geographical Materialism and Spatial Fetishism: Some Observations on the Development of Marxist Spatial Analysis. *Antipode*, 11(3), 3-11.
- Soja, E. (1996). *Thirdspace: journeys to Los Angeles and other real-and-imagined places*. Cambridge: Blackwell.
- Soja, E. (2000). *Postmetropolis: Critical Studies of Cities and Regions*. Oxford: Basil Blackwell.
- Sousa, P. A. F. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. *Acta Paul Enferm*, 2009; (Especial – 70 anos), (2), 884-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf>. Acesso: 14/08/2018.
- Souza, M. L. (2011). The words and the things, *City*, 15(1), 73-7. <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539022>.
- Sridharan, S., Koschinsky, J., e Walker, J. J. (2011). Does context matter for the relationship between deprivation and all-cause mortality? The West vs. the rest of Scotland. *Int J Health Geogr*, 10(1), 33. Disponível em: <internal-pdf://114.101.248.198/Sridharan-2011.pdf>.

- Stafford, M., e Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 357-66.
- Stiglitz, J. E. (2012). *The Price of Inequality*. Nova Iorque: W.W. Norton, 414.
- Stiglitz, J. (2002). *The Globalization and its Discontents*. Nova Iorque, W.W Norton & Company.
- Storper, M. e Venables, A. J. (2004). Buzz: Face-to-face contact and the urban economy. *Journal of Economic Geography*, 4, 351-70.
- Testi, A., e Ivaldi, E. (2009). Material versus social deprivation and health: a case study of an urban area. *The European Journal of Health Economics: HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, 10(3), 323–8. <https://doi.org/10.1007/s10198-008-0136-z>.
- Todd, A., Copeland, A., Husband, A., Kasim, A., e Bambra, C. (2014). The positive pharmacy care law: an area-level analysis of the relationship between community pharmacy distribution, urbanity and social deprivation in England. *BMJ Open*, 4(8), e005764.
- Tonkiss, F. (2011). Spatial causes, social effects: A response to Soja, *City*, 15(1), 85-6, <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539048>.
- Tonne, C., Beevers, S., Armstrong, B., Kelly, F., e Wilkinson, P. (2008). Air pollution and mortality benefits of the London Congestion Charge: spatial and socioeconomic inequalities. *Occup Environ Med*, 65(9), 620-7.
- Topalov, Christian. (1988). Fazer a história da pesquisa urbana: a experiência francesa desde 1965. São Paulo: *Espaço e Debates*, 1(23), 5-30.
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(02), 125-46. <https://doi.org/10.1017/S0047279400020341>.
- Van Lenthe, F. J., Brug, J., Mackenbach, J. P. (2005). Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands. *Soc Sci Med*, 60(4), 763-75. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15571894>.
- Vandenheede, H., Vikhireva, O., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Tamosiunas, A., Peasey, A., Simonova, G., Topor-Madry, R., Marmot, M., e Bobak, M. (2014). Socioeconomic inequalities in all-cause mortality in the Czech Republic, Russia, Poland and Lithuania in the 2000s: findings from the HAPIEE Study. *J Epidemiol Community Health*, 68(4), 297-303.
- Vaz, S., Ramos, P., e Santana P. (2014). Efeito da distância na acessibilidade aos serviços de urgência em Portugal. *Saude e Soc.* 2014; 23(4), 1154-61.
- Voigtländer, S., Berger, U., e Razum, O. (2010). The impact of regional and neighbourhood deprivation on physical health in Germany: a multilevel study. *BMC Public Health*, 10(1), 403. Disponível em: <internal-pdf://244.68.145.35/Voigtländer-2010.pdf>.

- Wang, F., e Xu, Y. (2011). Estimating OeD travel time matrix by Google Maps API: implementation, advantages, and implications. *Ann GIS*. 17(4), 199-209.
- White, K., Haas, J. S., e Williams, D. R. (2012). Elucidating the role of place in health care disparities: the example of racial/ethnic residential segregation. *Health Serv Res*, 47(3Pt2), 1278-99.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation*. Health equity through action on the social determinants of health, 246p. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.514617>.
- Wilkinson, Richard., e Pickett, Kate. (2010). *O espírito da igualdade*. Editora Presença, 352p.
- Williams, D. R., e Collins C. (2001). Racial Residential Segregation: A Fundamental Cause of Racial Disparities in Health. *Public Health Rep*, 116(5), 404-16.
- Williams, J. (2013). *Toward a Theory of Spatial Justice, Theorizing Green Urban Communities*. In: Annual Meeting of the Western Political Science Association, Los Angeles, CA.
- Woessner, M. (2010). A new ontology for the era of the New Economy: On Edward W. Soja's Seeking Spatial Justice, *City*, 14(6), 601-3. <https://doi.org/10.1080/13604813.2010.525080>.
- Young, I. M. (2009). Structural Injustice and the Politics of Difference. In: Christiano T, Christman J (eds) *Contemporary Debates in Political Philosophy*. Wiley-Blackwell, Oxford, 362-383.
- Young, I. M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton University Press.
- Zhang, H., Li, M., Chen, Z., Bao, Z., Huang, Q., e Cai, D.(2010). *Land use information release system based on google maps API and XML*. In: Paper Presented at: 2010 18th International Conference on Geoinformatics. 2010.

Legislação Consultada

Despacho Ministerial nº 18 459/2006, de 30 de julho – Definidas as características da Rede de Serviços de Urgência, bem como os níveis de resposta que a integram. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/1518280> Acesso: 19/08/2017.

Despacho Ministerial nº 24 681/2006, de 25 de outubro – Atualiza o Despacho Ministerial nº 18 459/2006, de 30 de julho. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/2407656> Acesso: 19/08/2017.

Despacho Ministerial nº 5414/2008, de 28 de janeiro – Descreve e reorganiza os pontos da Rede de Urgência. Disponível em: <https://dre.tretas.org/pdfs/2008/02/28/dre-229908.pdf> Acesso: 21/08/2018.

Despacho Ministerial nº 13377/2011, de 23 de setembro – Criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU). Disponível em: https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Outubro/Despacho_13377_2011.pdf Acesso: 21/08/2018.

Despacho Ministerial nº 14898/20011, de 3 de novembro - Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Novembro/Desp_14898_2011.pdf. Acesso: 29/08/2018.

Despacho Ministerial nº 10109/2014, de 6 de agosto – Define os Meios de Emergência Médica do INEM. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Despacho-n.%C2%BA-10109-2014-de-28.07.pdf>. Acesso: 30/08/2018.

Despacho Ministerial nº 5561/2014, de 23 de abril - Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/38312/Despacho5561_2014_SIEM.pdf. Acesso: 01/09/2018.

Despacho Ministerial nº 10319/2014, de 25 de julho - Define a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), abrangendo os critérios de localização os serviços de urgência. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457> Acesso: 01/09/2018.

Despacho Ministerial nº 13427/2015, de 16 de novembro - Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/71066231> Acesso: 25/08/2018.

Decreto-lei nº 254/82, de 29 de junho - Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/395514> Acesso: 03/03/2018.

Decreto-lei nº 57/86, de 20 de março - Enquadramento jurídico das taxas moderadoras no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/196844> Acesso: 09/09/2018.

Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro - Aprova a lei de gestão hospitalar. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/506396> Acesso: 03/03/2018.

Decreto-lei nº 11/93, de 15 de janeiro - Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/586006> Acesso: 17/09/2018.

Decreto-Lei nº 157/1999, de 10 de maio – estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/157/1999/05/10/p/dre/pt/html> Acesso em: 17/05/2016.

Decreto-lei n.º 185/2002, de 20 de agosto - Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1682&tabela=lei_velhas&nversao=1&so_miolo= Acesso: 17/05/2016.

Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro - Cria a rede de cuidados continuados de saúde. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2003/11/08/p/dre/pt/html> Acesso: 18/05/2016.

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro – Cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html> Acesso: 18/05/2016.

Decreto-Lei nº 208/2009, de 6 de outubro - Cria o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/280/2009/10/06/p/dre/pt/html> Acesso: 10/10/2018.

Decreto-lei nº 113/2011, de 29 de novembro - Regula as taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2011/11/29/p/dre/pt/html> Acesso: 12/10/2018.

Decreto-lei nº 128/2012, de 21 de junho – atualizou a regulação das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/128/2012/06/21/p/dre/pt/html> Acesso: 12/10/2018.

Decreto-Lei nº 34/2012, de 14 de fevereiro - Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/34/2012/02/14/p/dre/pt/html>. Acesso: 15/08/2018.

Decreto-Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro - Alarga o elenco de cuidados de saúde dispensados do pagamento de taxas moderadoras. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/131/2017/10/10/p/dre/pt/html> Acesso em: 05/12/2019.

Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril - Altera o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde (SIGA). Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/147/2017/04/27/p/dre/pt/html> Acesso em: 06/12/2019.

Lei nº 56/79, de 21 de julho – Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088180/202002241329/diploma?p_p_state=maximized&did=75079849&rp=indice Acesso: 04/05/2016.

Lei Constitucional nº 1/89, de 8 de julho – Segunda revisão da Constituição. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=9A0001&nid=9&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao= Acesso: 13/12/2019.

Lei nº 48/90, de 24 de agosto de 1990 – Lei de Bases da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/574127/details/maximized> Acesso: 04/05/2016.

Lei nº 27/2002, de 8 de novembro - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2002/11/08/p/dre/pt/html> Acesso: 10/08/2018.

Portaria 158/2012, de 22 de maio - Aprova os Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/065B7F96-F9E1-4E18-AD3C-9E9425DF78FC/29327/0266802672.pdf>. Acesso: 15/08/2018.

Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril - Regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS). Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/147/2017/04/27/p/dre/pt/html> Acesso: 06/12/2019.

Portaria n.º 62/2018, de 22 de janeiro - autoriza o concurso para concessão e projeto do Hospital de Proximidade do Seixal. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114550543> Acesso: 23/03/2019.

Normativa ACSS n.º 8/2016, de 31 de março – define valores das taxas moderadoras.

Disponível em: [http://www.acss.min-](http://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2016/Circular_Normativa_8_2016.pdf)

[saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2016/Circular_Normativa_8_2016.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Normativa/2016/Circular_Normativa_8_2016.pdf) Acesso: 24/03/2019.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro- criado o Centro Nacional de Telesaúde. Disponível em:

<https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/67/2016/10/26/p/dre/pt/html> Acesso: 06/12/2019.

Sites Consultados

DRE - Diretório da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/>

INE – Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <https://www.ine.pt>

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: <https://www.inem.pt/>

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <https://opss.pt/>

ERS – Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/>

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Disponível em: <https://www.oecd.org/portugal/>

SNS - Serviço Nacional de Saúde/Transparência. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

SNS – Serviço Nacional de Saúde/Prestadores de Cuidados de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/pesquisa-prestadores/>

DGS – Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>.

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Disponível em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/>

PORDATA – Base de dados Portugal contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>

ASAF – Autoridade de supervisão de seguros e fundos de pensões. Disponível em: <https://www.asf.com.pt>

JSSJ - Justice Spatiale | Spatial Justice. Disponível em: <http://www.jssj.org/>

City – “Seeking Spatial Justice’: Responses to and comments from Edward Soja.” Disponível: <https://www.tandfonline.com/toc/ccit20/14/6?nav=tocList>

City – “Seeking Spatial Justice: Part Two” Disponível: Seeking Spatial Justice: Part Two.” Disponível: <https://www.tandfonline.com/toc/ccit20/15/1?nav=tocList>

Notícias Consultadas

Público (online). “O SNS precisa passar pelos cuidados intensivos”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/11/04/sociedade/entrevista/o-sns-precisa-de-ir-para-os-cuidados-intensivos-1791275>. Acesso: 03/04/2018.

PCP (online). “Projecto de Resolução nº 184/X - Encerramento de serviços de urgência”. Disponível em: <http://www.pcp.pt/projecto-de-resolucao-no-184x-encerramento-de-servicos-de-urgencia> Acesso: 23/03/2016.

Público (online). “Montijo prepara buzinao contra encerramento das Urgências”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2007/02/09/jornal/montijo-prepara-buzinao-contra-encerramento-das-urgencias-120623> Acesso: 23/02/2016.

Esquerda (online). “Urgências: protestos populares travam governo”. Disponível em: <https://www.esquerda.net/content/urg%C3%A2ncias-protestos-populares-travam-governo> Acesso: 23/03/2016.

Tvi24 (online). “Peniche: 5 mil assinaturas contra fecho da urgência”. Disponível em: <https://tvi24.iol.pt/sociedade/saude/peniche-5-mil-assinaturas-contra-fecho-da-urgencia> Acesso: 23/03/2016.

Expresso (online). “Estado beneficiou com gestão privada do Amadora-Sintra”. Disponível em: <https://expresso.pt/economia/estado-beneficiou-com-gestao-privada-do-amadora-sintra=f468344#gs.2amrud> Acesso: 24/03/2019.

Público (online). “PPP nos hospitais arrancaram em 2001 no Governo de António Guterres”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/01/03/sociedade/noticia/ppp-na-saude-arrancaram-em-2001-no-governo-de-antonio-guterres-1756869> Acesso: 24/03/2019.

Público (online). “Cascais: hospital "mais exigente do país" abriu há oito meses e já lhe faltam camas”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2010/11/04/local/noticia/cascais-hospital-mais-exigente-do-pais-abriu-ha-oito-meses-e-ja-lhe-faltam-camas-1464322> Acesso: 23/03/2019.

Público (online). “Nova urgência em Mem Martins para aliviar Amadora-Sintra”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2009/08/19/jornal/nova-urgencia-em-mem-martins-para-aliviar-amadorasintra-17594834> Acesso: 23/03/2019.

Público (online). “Para que serviu a PPP? Vila Franca de Xira tem “um hospital que é dos melhores do país”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/03/12/sociedade/noticia/vila-franca-xira-hospital-considerado-melhores-pais-1865147> Acesso: 24/03/2019.

cm-Sintra (online). “Aprovada proposta de arquitetura do novo Hospital de Sintra”. Disponível em: **Erro! A referência da hiperligação não é válida.** Acesso: 23/03/2019.

SNS (online). “Hospital de Proximidade do Seixal”. Disponível em: <https://s1.sns.gov.pt/noticias/2018/06/29/hospital-de-proximidade-do-seixal-2/> Acesso: 23/03/2019.

Observador (online). “Novo passe da área de Lisboa permitirá poupar mais de 100 euros a milhares de pessoas”. Disponível em: <https://observador.pt/2018/11/24/novo-passe-da-area-de-lisboa-permitira-poupar-mais-de-100-euros-a-milhares-de-pessoas/>

Acesso: 25/03/2019.

Público (online). “No preço, o novo passe “é fora de série”. “Agora, é preciso melhorar os transportes”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/03/31/local/noticia/novos-passes-sociais-medida-excelente-exige-investimento-rede-1867355>

Acesso: 25/03/2019.

SIC notícias (online). “Utentes protestam junto ao novo Hospital de Loures em dia de inauguração”. Disponível em: <https://sicnoticias.pt/pais/2012-03-10-utentes-protestam-junto-ao-novo-hospital-de-loures-em-dia-de-inauguracao> Acesso: 23/03/2019.

Odivelas Notícias (online). “Os Verdes” questionam Governo sobre Transportes para o Hospital Beatriz Ângelo”. Disponível em: http://odivelasnoticias.pt/edicoesonline/on_15.pdf Acesso: 24/03/2019.

Anexos

Anexo 1. Trabalhos científicos que utilizaram índice de privação em estudos de caso em Portugal.

Título	Métodos do índice	Variáveis	Objetivo do trabalho	Principais resultados/conclusões
The influence of socioeconomic deprivation, access to healthcare and physical environment on old-age survival in Portugal (2017)	European Deprivation Index. The index is derived from country-specific census variables that are most associated with the variables of the survey European Union-Statistics on Income and Living Conditions EU-SILC	overcrowded households; households with no bath or shower; household with no indoor flushing toilets; households occupied by non-owners; women aged ≥ 65 ; individuals with low education level; individuals in low income occupations; and individuals unemployed	To evaluate the role of the socioeconomic, physical environmental and healthcare factors on old-age survival in Portugal.	Socioeconomic deprivation was the most important determinant in explaining spatial disparities in old-age survival in Portugal, which indicates that policy makers should direct their efforts to tackle socioeconomic differentials between regions
No inequalities in survival from colorectal cancer by education and socioeconomic deprivation - a population-based study in the North Region of Portugal, 2000-2002 (2016)	European Deprivation Index. The index is derived from country-specific census variables that are most associated with the variables of the survey European Union-Statistics on Income and Living Conditions EU-SILC	Não apresenta as variáveis	To study the role of education and socioeconomic deprivation level on survival from colorectal cancer in the North Region of Portugal using a population-based cancer registry dataset.	Distribution of age at diagnosis was similar in both sexes. The proportion of colorectal cancer patients increased towards the more educated groups. The distribution of patients by EDI level was in the opposite direction, with a higher proportion in the more deprived groups.
The influence of socioeconomic, biogeophysical and built environment on old-age survival in a Southern European city (2016)	European Deprivation Index. The index is derived from country-specific census variables that are most associated with the variables of the survey European Union-Statistics on Income and Living Conditions EU-SILC	Não apresenta as variáveis	To describe the spatial distribution of old-age survival across Porto neighbourhoods and its relationship with physical (bio-geophysical and built) and socioeconomic factors (deprivation).	Socioeconomic deprivation strongly impacted old-age survival explaining over 40% of the spatial variance. Walkability and biogeophysical environment was unrelated to old-age survival and also unrelated to socioeconomic deprivation, being fairly evenly distributed through the city.

Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities (2015)	DP2 method. DP2 is an iterative procedure that weights partial indicators depending on their correlation with the global index.	Unemployment rate (active population); percentage of manual workers in the working population; percentage of individuals aged 25–64 years with primary or lower level of education; percentage of individuals aged 25–34 years with university education; and the percentage of foreigners from low-income countries	To analyse inequalities in cause-specific mortality in relation to a socioeconomic deprivation index in 15 European cities at the beginning of the 21st century	In the majority of cities, most of these causes of death were positively associated with deprivation among men, with the exception of prostatic cancer. Among women, diabetes, ischaemic heart disease, chronic liver diseases and respiratory diseases were also positively associated with deprivation in most cities. Lung cancer mortality was positively associated with deprivation in Northern European cities. Breast cancer risk was inversely associated with deprivation in three Southern European cities
Socioeconomic inequalities in mortality in 16 European cities (2014)	DP2 method. DP2 is an iterative procedure that weights partial indicators depending on their correlation with the global index.	Unemployment among the active population aged ≥16 years; manual workers; 16–25-year-olds with primary education or lower; 25–34-year-olds with university education; and foreigners from low-income countries.	To explore inequalities in total mortality between small areas of 16 European cities for men and women, as well as to analyse the relationship between these geographical inequalities and their socioeconomic indicators.	Mortality increasing in parallel with socioeconomic deprivation. Socioeconomic inequalities in mortality were more pronounced for men than women, and relative inequalities were greater in Eastern and Northern European cities, and lower in some Western (men) and Southern (women) European cities.
Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study (2014)	DP2 method. DP2 is an iterative procedure that weights partial indicators depending on their correlation with the global index.	percentage of unemployed persons, percentage of manual workers, percentage of population aged 25–64 with primary education or lower, percentage of population aged 25–34 with a university degree,	This study presents maps of avoidable mortality in European cities and analyses differences in avoidable mortality between neighbourhoods with different levels of deprivation.	Mortality from avoidable causes of death is higher in deprived neighbourhoods and mortality rate ratios between areas with different levels of deprivation differ between gender and cities. In most cases rate ratios are lower among women.

Socioeconomic inequalities in injury mortality in small areas of 15 European cities (2013)	DP2 method. DP2 is an iterative procedure that weights partial indicators depending on their correlation with the global index.	indicators included in the index were unemployment: percentage of people aged 16 years or over unemployed or actively seeking job in relation to the total economically active population; (b) manual workers: percentage of people aged 16 or over, employed, who are manual workers, in relation to the total employed population aged 16 or over; (c) low education in young people (16–25 years): percentage of 16–25 years old population with primary education or lower level in relation to the total population aged 16–25 years; (d) university qualifications in young people (25–34 years): percentage of 25–34 years old population with university education in relation to the total population aged 25–64 years; and (e) foreigners from low income countries: percentage of foreigners from low income countries in relation to the total population.	study analysed socioeconomic inequalities in mortality due to injuries in small areas of 15 European cities, by sex, at the beginning of this century.	Socioeconomic inequalities in all injury mortality are observed in the majority of cities and are more pronounced in men. In the cities of northern and western Europe, socioeconomic inequalities in injury mortality are found for most types of injuries. These inequalities are not significant in the majority of cities in southern Europe among women and in the majority of central eastern European cities for both sexes.
Evidence of social deprivation on the spatial patterns of excess winter mortality (2017)	Carstairs and Morris method (z-score method).	socio-material deprivation index: unemployment rate, proportion of workers with manual and proportion of resident population with 15 and more years under upper secondary education level. Housing deprivation index: the proportion of conventional dwellings of usual residence constructed until 1960; proportion of housing units without a central heating system; and proportion of buildings whose structure is of mortared masonry walls, adobe, earth, timber, or metal.	Identify the patterns of excess winter mortality (due to diseases of the circulatory system) and to analyse the association between the excess winter deaths (EWD) and socio-economic deprivation in Portugal	There are significant positive associations between the excess winter death (EWD) ratio and both deprivation indexes and at the higher level of deprivation, housing conditions have a stronger association with EWD than socio-material conditions.
Associação espacial entre variáveis socioeconômicas e risco relativo de nascimentos pré-termo na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) e na Área Metropolitana de Lisboa (AML) (2014)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Para Portugal: Taxa de Analfabetismo; Taxa de Desemprego (população em idade ativa) e Porcentagem de Aglomerados Subnormais ou Assentamentos Precários	Identificar o padrão espacial do risco relativo de nascimento pré-termo e possíveis agrupamentos espaciais, assim como examinar se as condições socioeconômicas estão espacialmente associadas com o risco relativo de nascimento pré-termo em duas áreas metropolitanas: Região Metropolitana	Na AML a privação sociomaterial associa-se ao risco de nascimento pré-termo. Na RMSP verificou-se existir uma associação espacial global negativa significativa entre risco relativo e taxa de desemprego; na AML, foi revelada associação global positiva significativa entre o risco relativo e a taxa de

			de São Paulo (RMSP), no Brasil, e Área Metropolitana de Lisboa (AML), em Portugal	analfabetismo, o índice de privação sócio-material e a taxa de desemprego
Deprivation amplification and health promoting resources in the context of a poor country (2010)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Proportion of unemployed people; proportion of unskilled employed; proportions of all persons living in slum conditions.	To analyse the availability of 58 types of local resource within the Lisbon Metropolitan Area, Portugal, assessed by quintile of neighbourhood deprivation.	The analysis identifies clear associations between the availability of health promoting resources and deprivation: 67% of the analysed resources were less available in the most deprived neighbourhoods. Poor people living in the LMA deal daily with lack of resources, facilities and amenities, less availability of public transport and lower levels of social cohesion. Restricted access to resources, amenities and opportunities shape an unequal and impoverished environment, as well as hampering mutual support and trust, thus undermining health.
Geografias da Diabetes Mellitus em Portugal: Como as Condições do Contexto Influenciam o Risco de Morrer (2014)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Taxa de analfabetismo, desemprego e alojamentos sem retrete	Identificar a evolução do padrão geográfico desta causa de morte e a associação com a privação sócio-material, em Portugal	O Risco Relativo de mortalidade por Diabetes Mellitus aumenta com o aumento da vulnerabilidade associada às condições sociais e económicas da área de residência. As Razões Padronizadas de Mortalidade Suavizada mais elevadas verificam-se, actualmente, em municípios rurais, com índice de privação sócio-material mais elevado.

Geographies of health and deprivation: relationship between them (2005)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Men's unemployment, people with non-qualified jobs and percentage of people living in shanties	To highlight the link between deprivation, or affluence, and health in a Portuguese urban area.	The most urbanized and populated municipalities are also the most deprived ones (Amadora and Loures, followed by Lisboa, Almada and Setúbal). The municipalities of Lisboa, Setúbal, Loures and Amadora, and parishes belonging to these municipalities, are considered as the most deprived ones. In Lisbon Metropolitan Area, more than 40% of population lives in very deprived municipalities (higher quintile of scores). This value is lower when we consider the parish level (about 18%). There is a strong relationship between our score of multiple deprivation and premature mortality at parish and municipality level
Linking perceptions of health to neighbourhood environment in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal (2006)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Male unemployment, unskilled jobs and percentage of people living in shanties	To measure the relationship between the material and social environment and self-rated health (representing quality of life and wellbeing).	Individuals that lived in more deprived wards were more likely to report poorer health. Contextual influences were different for men and women. In women, self-rated health was also sensitive to housing and family support services, while men were more sensitive to a large range of local resources, like banks, ATMs, dentists, opticians, and bookshops. Lower access to public transport and higher automobile use, poor health services (ancillary services), lower political engagement and lower civic participation were all associated with poorer health ratings, over and above individual characteristics.
Mortality, material deprivation and urbanization: exploring the social patterns of a metropolitan area (2015)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Illiteracy rate (population with more than 10 years that does not know how to write and read); Unemployment rate (unemployment among the population between 14 and 65 years) and Substandard housing rate (houses without toilet).	To describe the geographical pattern of cause-specific mortality in the Lisbon Metropolitan Area (LMA), at small area level (parishes), and analyses the statistical association between mortality risk and health determinants (material deprivation and urbanization level).	The statistical association between mortality and material deprivation and between mortality and urbanization changes by cause of death and sex. Infectious and parasitic diseases, Chronic liver disease and Diabetes are the causes of death presenting higher relative risk associated with material deprivation. Urbanization level reduces the impact of material deprivation for most of the causes of death.

Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis (2015)	Carstairs and Morris method (z-score method).	illiteracy rate (% of people older than 10 years that cannot read or write); unemployment rate (% of unemployed among the active population); and substandard housing rate (% of houses without a toilet)	To compares the existing statistical association between suicide mortality and the characteristics of places of residence(municipalities), before and during the current economic crisis, in Portugal.	The traditional culture-based North/South pattern of suicidal behaviour has faded away, while the socioeconomic urban/rural divide has become more pronounced; Suicide is associated with higher levels of rurality and material deprivation; and recent shifts in suicidal trends may result from the current period of crisis.
The link between local environment and obesity: A multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal (2009)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Male unemployment, Unskilled worker employment and Individuals living in shanty households	To highlight the associations between residential (physical and social) environment and the risk of weight gain and obesity	Area vulnerability, characterized by urban sprawl, long distances to facilities, unsafe and unpleasant environments, poor housing conditions, and sociomaterial deprivation, could create communities with unhealthy behaviours; as they are “unwalkable”, they discourage planned physical activity, leading to unhealthy diets and higher obesity rates. Environmental constraints which reduce “walkability” and increase unhealthy behaviours are powerful mechanisms linking environment to obesity.
Poderá a saúde melhorar num ciclo de empobrecimento? Mortalidade prematura e privação na AML, 2001-2011 (2017)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Taxa de desemprego, percentagem de trabalhadores com ocupação não qualificada e proporção de alojamentos sobrelotados	Avaliar o estado de saúde da população residente na Área Metropolitana de Lisboa, relacionando a saúde e as desigualdades sociais em saúde com a privação socioeconómica em dois períodos distintos, 2001 e 2011.	A privação socioeconómica das áreas é uma forte determinante da saúde, associando-se o aumento da privação à degradação da saúde. O aumento da privação socioeconómica observado entre 2001 e 2011 faz-se acompanhar pela degradação da saúde, degradação que se revela seletiva, afetando apenas os grupos sociais de maior estatuto.
Privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa. Análise evolutiva da década 2001-2011 (2015)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Taxa de desemprego, percentagem de trabalhadores com ocupação não qualificada e proporção de alojamentos sobrelotados	identificar territórios de privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e conhecer a evolução deste fenómeno entre 2001 e 2011	A análise cartográfica da privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa revela hotspots de privação localizados sobretudo em Lisboa, Loures, Amadora, Almada, Setúbal e Barreiro, em 2001; Lisboa, Loures, Amadora, Sintra e Almada, em 2011. aumento considerável de população a viver nas áreas de maior privação entre 2001 e 2011, acompanhado de diminuição da população nas áreas de maior prosperidade. Fram definidas Áreas de risco

				permanente, Áreas de risco iminente e Áreas de baixo risco.
Saúde: vulnerabilidade e oportunidade na Área Metropolitana de Lisboa (2007)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Taxa de desemprego masculino, população em habitações precárias, trabalhadores não qualificados	Conhecer o contributo de factores individuais e contextuais no estado de saúde da população, observando a relação entre factores do espaço físico e imaterial (contexto) e a saúde (estado de saúde auto-avaliado) da população residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML).	Os resultados das estimações revelam a influência das características individuais e contextuais no estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML. a probabilidade de reportar um estado de saúde mais negativo é 1,7 vezes maior para as mulheres, comparativamente aos homens. Relativamente à privação sociomaterial, verifica-se que a auto-avaliação do estado de saúde piora em áreas de maior privação. O estado de saúde de uma população é reflexo dos factores composicionais, condições de vida e de trabalho, acesso/oportunidade de serviços públicos e privados e suporte social, entre outros. Os resultados em saúde dependem de quem se é e do lugar onde se vive.
A (In) Segurança na Amadora (2007)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Taxa de analfabetismo, taxa de desemprego, alojamentos familiares de residência habitual sem retrete	Identificar a relação entre a ocorrência de crime (participado) na Amadora e as características da área de ocorrência, segundo o Índice "Crime Prevention Through Environmental Design".	Variações espaciais que revelam que o crime não apresenta uma distribuição aleatória, observando-se hot-spots; áreas relativamente pequenas, mas com a ocorrência de crimes tão frequente que as torna altamente vulneráveis e previsíveis.

Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto (2015)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Privação social: i) abstenção eleitoral nas eleições autárquicas para a Assembleia de Freguesia, ii) população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) que vive só e iii) população com 15 ou mais anos cujo principal meio de vida é o Rendimento Social de Inserção. Privação Material: i) analfabetismo, ii) desemprego e iii) alojamentos familiares de residência habitual sem retrete	Identificar o padrão geográfico do risco de morte por suicídio e a associação estatística com a privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto.	Maior concentração espacial do risco de suicídio na AMP e uma maior dispersão territorial na AML. Na AML existe uma associação estatisticamente significativa entre o risco de morrer por suicídio e a privação material. Na AMP, existe uma maior proporção de população a residir em áreas que apresentam, simultaneamente, privação social média, elevada privação material e elevada mortalidade por suicídio.
Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica (2015)	Carstairs and Morris method (z-score method).	Privação social: taxa de abstenção eleitoral nas eleições autárquicas para a assembleia de freguesia, taxa de abandono escolar e percentagem de população com 15 ao mais anos com o Rendimento Mínimo Garantido (2001)/Rendimento Social de Inserção (2011) como principal meio de vida. Privação material: taxa de analfabetismo, taxa de desemprego e percentagem de alojamentos familiares de residência familiar sem retrete.	Avaliar a evolução do internamento e das consultas de psiquiatria nas Áreas Metropolitana de Lisboa e Porto, em 2002, 2007 e 2012, através da consulta dos processos clínicos, bem como a associação entre esta evolução e a crise económica ocorrida nos últimos anos em Portugal	A crise económica teve grande impacto na saúde mental da população, traduzido no aumento da utilização do internamento psiquiátrico e, de forma mais marcada, das consultas de psiquiatria. O aumento de utilização do internamento psiquiátrico esteve significativamente associado com a maior privação material e social das áreas de residência dos utentes. O efeito da crise económica foi particularmente gravoso no grupo dos idosos e dos desempregados
The Role of Individual and Neighborhood Characteristics on Mental Health after a Period of Economic Crisis in the Lisbon Region (Portugal): A Multilevel Analysis (2019)	Carstairs and Morris method (z-score method).	(a) illiteracy rate (% of people over 10 years of age unable to read or write), (b) unemployment rate (% of unemployed among the active population) and (c) substandard housing rate (% of houses without a toilet) collected	To analyze the association between the individual, neighborhood characteristics, and one's self-assessed mental health status in the Lisbon region after an economic crisis. Via	The results show that individuals living in deprived neighborhoods reporting lower social capital and lower satisfaction with their area of residence were associated with increased odds of poor MH. Ppoor mental health at the local level are consistent with previous studies on the mental health impacts of deprivation, low social capital, and low satisfaction with area of residence. In areas of higher deprivation, the access to collective resources (including material and social resources, such as services, housing, job opportunities, and social supports) is often threatened. The health and wellbeing of residents may be harmed by the limited access to quality amenities and services.

The interactions between municipal socioeconomic status and age on hip fracture risk (2015)	Análise de componente principais/Cluster/Classificação ascendente hierárquica	Proportion of retired individuals (by sex); proportion of widows; proportion of individuals receiving social support; proportion of illiteracy; aging and youth dependency indexes; proportion of individuals living alone; mean number of rooms per household; mean number of individuals per household; unemployment rate; proportion of subjects with higher and basic education; proportion of subjects by category of occupation (managers/professionals/technicians, services/sales workers, and skilled agricultural/plant and machine operators); income; proportion of residences and buildings with/without public water supply, mains, or otherwise; and proportion of households with heating and by type of heating.	To evaluate the association between HF incidence and municipality-level socioeconomic status (SES) as well as interactions between age and SES.	There was an inverse association between SES and hip fracture incidence rate in the youngest and a direct association in the oldest, for both sexes, but significant only between deprived and affluent in older ages (≥ 75 years). Interaction between SES and age may be due to inequalities in lifestyles, access to health systems, and preventive actions. These results may help decision-makers to better understand the epidemiology of hip fractures and to better direct the available funding.
Socio-economic inequalities in tobacco-related diseases in Portugal: an ecological approach (2016)	Análise de componente principais/Cluster/Classificação ascendente hierárquica	Overcrowding and manual occupations	To measures socio-economic (SE) inequalities in the prevalence of tobacco-related diseases (TRD) in Portugal, using a new area-based SE indicator.	Lower prevalence rates of tobacco-related in-patient stays were associated with more privileged areas. the deprivation indicator was not significantly associated to TRDs. there is substantial evidence that smoking is more prevalent among the worseoff. The reversal of inequalities in Portugal, with greater prevalence of tobacco consumption among the poor and less educated men, appears to be reflected in the inequalities of TRDs
O Papel do Ambiente Físico e Social na Construção de Comunidades Saudáveis. Ensaio Metodológico Aplicado à Amadora (2006)	Análise de componente principais/Cluster/Classificação ascendente hierárquica	a) Alojamentos familiares não clássicos, b) alojamentos sem água, c) alojamentos sem banho, d) alojamentos sem retrete, e) edifícios construídos até 1945, f) edifícios construídos com materiais precários, g) população sem escolaridade, h) desempregados, e) população residente com 65 e mais anos	Avaliar áreas de risco para a saúde na Amadora utilizando técnicas de estatística espacial e multivariada	As análises estatísticas espaciais permitem concluir que algumas das características testadas (relativas ao ambiente físico e social) se encontram espacialmente concentradas, formando clusters de situações de risco para a saúde (especialmente em Mina, Brandoa, Falagueira e Venteira). Em oposição, algumas áreas caracterizam-se por não apresentarem situações de risco, ou apresentarem-nas de forma muito limitada, destacando-se as freguesias de Alfragide e Alfarelos.

Identificação das vulnerabilidades do ambiente físico e social na construção da cidade sustentável (2007)	Análise de componente principais/Cluster/Classificação ascendente hierárquica	Condições desconforto do alojamento, e sociodemográficas, como idade, desemprego e escolaridade.	Avaliar áreas de risco para a saúde na Amadora, utilizando técnicas de estatística espacial, multivariada e de sistema de informação geográfica	Em bairros de fracas condições de habitabilidade e conforto, antigos ou construídos com materiais precários, vivem grupos com baixa escolaridade e idosos que, em alguns casos e cumulativamente, estão expostos a situações ambientais de risco. Cluster 1: surge principalmente na Buraca, nas fronteiras Buraca-Damaia e Falagueira-Brandoa, Mina e S. Brás. Cluster 5: Alfragide, Alfozinhos e ainda S. Brás
Melhorar a Saúde na Amadora Intervindo no Ambiente Físico e Social (2007)	Análise de componente principais/Cluster/Classificação ascendente hierárquica	População residente com mais de 65 anos, Alojamentos de residência habitual sem água, Alojamentos de residência habitual sem banheiro, Alojamentos de residência habitual sem retrete, (%) de bacharéis, licenciados, mestres e doutorados, % de população que vive sozinha, Taxa de desemprego, Trabalhador não qualificado e Sobrelotação dos alojamentos	Colocar em destaque a influência das características da área de residência nos resultados em saúde da população da Amadora.	a associação entre estado de saúde auto-avaliado e a vulnerabilidade da área de residência é maior para as mulheres. Este resultado sugere que as mulheres estão mais expostas, talvez durante um maior período de tempo, a factores de risco para a saúde na sua área de residência.

Fonte: Organização da autora.

Anexo 2. Carta de validação e autorização de uso de dados para fins científicos do Instituto Nacional de Emergência Médica (Página seguinte)

SEDE

Rua Almirante Barroso, 36 | 1000-013 Lisboa
Tel.: 213 508 100 | Fax: 213 508 180

DELEGAÇÃO REGIONAL DO NORTE

Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62 - 5º Andar | 4000-063 Porto
Tel.: 222 065 000 | Fax: 222 065 010

DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO

Estrada de Eiras, 259 - 2º Andar | 3020-199 Coimbra
Tel.: 239 797 800 | Fax: 239 797 825

DELEGAÇÃO REGIONAL DO SUL

Rua Almirante Barroso, 36 - 6º Andar | 1000-013 Lisboa
Tel.: 213 508 161 | Fax: 213 508 144

MARF Sítio do Guilhim, Edifício A1, Caixa Postal 30M - Estói | 8009-021 Faro
Tel.: 213 508 157 | Fax: 289 870 481

Exma. Senhora

D. Katielle Silva

katiellesusane@gmail.com

S/ Referência

S/ Comunicação de

N/ Referência

4.411 de 13/12/2019

Assunto: Autorização para realização de estudo de investigação

Em resposta ao pedido efetuado ao INEM, informo que foi autorizada a elaboração de um trabalho académico no âmbito da investigação inerente à tese de Doutoramento a ser realizada no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa, no sentido de que possam ser cartografados os pontos de emergência médica na Área Metropolitana de Lisboa e que seja conhecido como estão distribuídos neste recorte espacial, incluindo o INEM e alguns dos seus parceiros, desde que:

- Sejam observadas as regras técnicas e organizativas a que o INEM se encontra sujeito, bem como a utilização única e exclusivamente para a finalidade requerida.;
- O acesso à informação facultada seja objeto de comunicação parcial e/ou se proceda à pseudonimização da informação pelo INEM, utilizada exclusivamente para a finalidade requerida, comprometendo-se à sua utilização nos termos validados e do conhecimento do INEM, conforme legislação aplicável em matéria de proteção de dados pessoais;
- No final do trabalho sejam facultadas ao INEM todas as conclusões obtidas e/ou uma cópia do trabalho final, com autorização da sua publicação.

Reiteramos o interesse institucional na colaboração com trabalhos de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Departamento de Emergência Médica,


(Fátima Rato)



**Universidade de Lisboa
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
Doutoramento em Geografia Humana**



IGOT
Instituto de Geografia e
Ordenamento do Território

Guião Entrevista – Constantino Sakellarides

Esta entrevista insere-se no Projecto de Doutoramento em desenvolvimento, no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT) da Universidade de Lisboa, intitulado: “Buscando a Justiça Espacial: um olhar sobre as urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa”. O serviço de urgência hospitalar é considerado um dos elos primordiais do sistema de saúde e ao mesmo tempo um dos mais desafiadores, em virtude da necessidade de respostas rápidas e eficientes para a manutenção da qualidade e da própria vida das pessoas. Contudo, estudar o setor das urgências implica compreendê-lo dentro de um sistema de saúde, com seus princípios e práticas reguladoras, e aqui insere-se o grande interesse desta entrevista. Julgamos tão fundamental, quanto compreender o setor das urgências, o entendimento daquelas que foram e são as bases de criação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, no qual, o setor das urgências está inserido.

I – Serviço Nacional de Saúde – Princípios, discursos e práticas

1. Quais as ideias-chave que sustentaram a configuração do Serviço Nacional de Saúde?
2. Acha que essas ideias ou princípios se mantiveram ao longo do tempo?
 - a. Se não, o que mudou e quais os momentos que considera que a prática do SNS se distanciou do discurso base de sua criação?
3. Pensando de forma global, a criação de “Serviços Nacionais de Saúde” está assente nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e, por vezes, gratuidade. No caso do SNS português, que princípios se têm mantido próximos da idealização e os que, pelo contrário, mais se afastaram?
4. Considera que em algum momento o princípio da equidade no SNS foi mais ameaçado?
 - a. Se sim, quando?

II – Relação Público-Privado – Visão geral

5. Como avalia a relação público e privada na prestação e financiamento de serviço de saúde no âmbito do SNS?
 - a. Quais os pontos positivos e negativos?
 - b. Quais as diferenças essenciais entre estes dois setores?
 - c. Considera que o setor público da saúde deve funcionar com uma lógica diferente do setor privado? Se sim, em que aspectos?

III – Serviço Público de Urgência – Evolução e avaliação da geografia da rede

6. Será que nos poderia descrever/explicar, em grandes linhas, a evolução da rede de urgência do SNS na AML, principalmente no que respeita à escolha das localizações?
7. Houve algum momento ou momentos de grandes mudanças na geografia dos serviços de urgências na AML?
 - a. Qual/quais?
 - b. A que se deveu/deveram?
8. Para compreender as mudanças espaciais mais importantes pelas quais passou a rede pública dos serviços de urgências (desde a criação do SNS), que marcos temporais identificaria?
9. De um modo geral, podemos dizer que tem existido um esforço por parte do poder público para responder os desafios colocados pelo setor dos serviços de urgências nos últimos 20 anos, como demonstraram a aprovação dos Despachos Ministeriais e os estudos técnicos voltados para o serviço de urgência como: a criação da Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências em 1996, as propostas de requalificação de 2007, a definição e classificação dos pontos da rede de Referenciação de urgências e emergência em 2008, a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência em 2011, apenas para citar alguns.
 - a. Que desafios o setor das urgências vem colocando ao SNS?
 - b. Considera que os desafios colocados pelos serviços de urgências são historicamente os mesmos ou novos desafios vêm sendo acrescentados?

- c. Podemos considerar que o setor das urgências já passou por melhores e piores momentos na história do SNS? Se sim, o que justifica cada um destes períodos?
 - d. Como é que o senhor Professor avalia hoje o estado do setor das urgências?
10. Fazendo um recorte para a AML, em termos de serviço público de urgência, a partir de 1990, podemos destacar mudanças importantes na geografia deste serviço: *aberturas* - Garcia da Orta, Doutor Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), Serviço de Urgência Básica de Mem Martins e Beatriz Ângelo; e *aberturas e encerramentos*: Curry Cabral e Serviço de Urgência Básica de Loures.
- a. Que aspectos são levados em conta na tomada de decisão acerca das aberturas e encerramentos das unidades de saúde com serviço de urgência?
 - b. Como avalia essas mudanças concretas na rede de prestação de serviço público de urgências?
 - c. Considera que a forma como tem evoluído espacialmente o serviço público de urgências na AML vem caminhando para mais equidade no acesso ou, pelo contrário, tem reforçado os territórios já equipados/servidos?
 - d. Considera pertinente tentar estabelecer uma relação entre a evolução da geografia do serviço público de urgências e da vulnerabilidade social da população da AML?
11. Na saúde pública ouve-se e lê-se o desejo pela busca do equilíbrio quase perfeito do quadrilátero qualidade, acessibilidade, equidade e racionalização de recursos.
- a. Quais destes princípios impõem mais desafios ao gestor da saúde, no que respeita aos hospitais com serviço de urgência?
 - b. Qual ou quais têm sido alcançados com mais sucesso pelo SNS português?

IV – Crise e Serviço Público de Urgência

12. No contexto da crise, ficou conhecido que o programa de reajustamento financeiro e económico, negociado com a Troika em meados de 2011, com medidas de redução de custos de saúde, racionalização do uso de recursos de saúde e aumento das receitas através de mecanismos de taxas de uso, trouxe impactos severos para a população, nomeadamente, afectando de forma negativa a saúde mental e alterando o comportamento de procura de cuidados de saúde, principalmente pelos mais vulneráveis, como demonstrou o estudo “*O impacto da crise*

financeira no sistema de saúde e saúde em Portugal”, publicado em 2015, realizado pelo senhor Professor. No que respeita aos hospitais, a racionalização da rede hospitalar, através da especialização e concentração de serviços hospitalares e de emergência, foi uma das medidas encontradas para responder à crise.

- a. Essa medida foi efectivamente concretizada?
 - b. Quais são as suas marcas geográficas na AML?
 - c. Que grupos sociais e territórios da AML foram mais afetados por esta medida?
13. No relatório “O impacto da crise financeira no sistema de saúde e saúde em Portugal”, refere-se que o aumento das taxas moderadoras, em 2012, afetou a procura dos serviços de saúde.
- a. Que razões explicam o aumento das taxas moderadoras no acesso ao serviço de urgências?
 - b. Como é que o Professor avalia o papel das taxas moderadoras no serviço de urgências?

IV – Percepção do espaço pelo setor da saúde

14. Acha que o espaço/território é ou deveria ser visto como uma variável ativa no planeamento da rede de prestação de serviço público de saúde?
- a. Se sim, de que modo?
 - b. Como é que o espaço deveria ser abordado nas estratégias em saúde?
15. Considera que alguma vez o espaço/território teve um papel importante nas políticas/estratégias para saúde em Portugal?
- a. Se sim, quando e como?

V – Futuro– Em que direção caminha a rede pública dos serviços de urgências?

16. O SNS + Proximidade aposta em dois princípios fundamentais para a promoção de um serviço público de saúde centrado nas pessoas e no acompanhamento da sua saúde: (i) a centralidade do cidadão nos sistemas de saúde e a (ii) integração dos cuidados de saúde, integração esta que engloba entidades do ramo da saúde e também da sociedade civil. No que respeita à proposta de integração dos cuidados esta dará mais respostas às pessoas com maior necessidade de utilizar os serviços de saúde (morbilidade múltipla e doenças crónicas). Quanto à integração dos

cuidados o SNS + Proximidade aponta para a necessidade de “novas formas de organização dos serviços de urgências”.

- a. Como é que esta integração dos cuidados impactaria o setor das urgências?
- b. Esta nova forma de organização dos serviços de urgências restringir-se-á à articulação dos diferentes prestadores de serviços de urgências existentes ou implicaria mudanças também do ponto de vista geográfico?

17. Olhando para o futuro da AML, uma nova geografia da rede hospitalar se anuncia com o encerramento de hospitais na área central de Lisboa e abertura do “Hospital Lisboa Oriental”.

- a. Como avalia o impacto territorial dessa mudança?
- b. Acha que essa nova reconfiguração caminhará para um SNS mais próximo de uma justiça do ponto de vista espacial/territorial?

18. O senhor Professor é coordenador da comissão criada pelo Ministério da Saúde para fazer uma análise técnica sobre o futuro do Serviço Nacional de Saúde, cujo resultado está previsto para ser entregue no ano que vem. O senhor arriscaria apontar o futuro no que tange aos serviços de urgências?



**Universidade de Lisboa
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
Doutoramento em Geografia Humana**



IGOT
Instituto de Geografia e
Ordenamento do Território

Guião Entrevista – António Correia de Campos

Esta entrevista está inserida no Projecto de Doutoramento em desenvolvimento, no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT) da Universidade de Lisboa, intitulado: “Buscando a Justiça Espacial: um olhar sobre as urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa”. O serviço de urgência hospitalar é considerado um dos elos primordiais do sistema de saúde e ao mesmo tempo um dos mais desafiadores, em virtude da necessidade de respostas rápidas e eficientes para a manutenção da qualidade e da própria vida das pessoas, o que depende do pleno funcionamento de todos os outros elos. Contudo, estudar o setor das urgências implica compreendê-lo dentro de um sistema de saúde, com seus princípios e práticas reguladoras, e aqui insere-se o grande interesse desta entrevista. Julgamos tão fundamental, quanto compreender o setor das urgências, o entendimento daquelas que foram e são as bases de criação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, no qual, o setor das urgências está inserido.

Bloco I – Serviço Nacional de Saúde – Criação, princípios e mudanças/desafios

1. Quais as ideias base que sustentaram a idealização do Serviço Nacional de Saúde?
2. Acha que essas ideias base foram mantidas?
 - a. Se não, o que mudou e quais os momentos ligados a estas mudanças?
3. Pensando de forma global, a criação de “Serviços Nacionais de Saúde” está assente em princípios de universalidade, integralidade, equidade e gratuidade.
 - a. No caso do SNS português, de qual ou quais destes princípios tem havido maior proximidade ou afastamento nesses quase 40 anos do SNS?

Bloco II – Público-Privado

4. Como avalia a relação público e privada na prestação e financiamento de serviço de saúde no âmbito do SNS?
 - d. Quais os pontos positivos e negativos?

- e. Quais as diferenças essenciais entre estes dois setores?

Bloco III – Serviço Público de Urgência – Reestruturações, encerramentos, aberturas na AML

5. Antes de falarmos diretamente sobre o setor das urgências, gostaríamos de entender um pouco o papel de alguns serviços lidos, muitas vezes pelos utentes, pelos utentes como serviço de urgência, nomeadamente, Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes (CATUS), Serviço de Atendimento Permanente (SAP).
- a. Estes serviços podem ser considerados como ponto de serviço de urgência?
 - b. Com que objetivos foram criados, qual o papel que desempenharam e quais as bases que justificaram os encerramentos destes serviços, especialmente os SAP?
6. O senhor ocupou a cadeira de Ministro da Saúde entre 2001 e 2002 e depois entre 2005 e 2008, sendo este último período marcado por grandes mudanças, nomeadamente, no setor das urgências, em função do Relatório da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências. Fazendo o recorte para a Área Metropolitana de Lisboa:
- a. O que esteve na base da decisão de encerramento do serviço de urgência geral do Hospital Curry Cabral?
 - b. Considera que este encerramento causou impacto em termos territoriais na sua área de influência?
 - c. Apesar da indicação para o encerramento do serviço de urgência no Hospital do Montijo a continuação daquele serviço foi garantida. Quais as razões para não ter aceite a sugestão de encerramento apontada pela Comissão Técnica?
 - d. Para além dos encerramentos houve sugestões de aberturas de serviço de urgência. Na AML apontamos o SUB Sintra (Algueirão-Mem Martins) e SUB Loures (até a abertura do Hospital Beatriz Ângelo). Como se deu a escolha desses dois concelhos para a abertura de um serviço de urgência básico?
7. Olhando para a evolução do serviço de urgência na AML como o senhor avalia as mudanças em sua geografia? (Mostrar mapa)

8. Vários estudos têm demonstrado que em termos territoriais o serviço público de urgência tem caminhado para a equidade, quando temos quase 100% da população portuguesa até 30 minutos de um ponto daquele serviço, e concordamos que a disponibilidade/existência do serviço é fundamental. Contudo, para além da barreira de natureza geográfica, que parece cada vez mais transponível, que outras barreiras, na opinião do senhor, enfrenta a população portuguesa para aceder ao serviço de urgência? E aqui nos referimos também a áreas metropolitanas.
9. Quais os principais desafios têm sido/foram colocados pelo setor das urgências?
 - a. Em algum momento foram ultrapassados?
10. Como o senhor avalia hoje o setor das urgências?
11. Na saúde pública ouve-se e lê-se o desejo pela busca do equilíbrio quase perfeito do quadrilátero qualidade, acessibilidade, equidade e racionalização de recursos.
 - c. Quais destas impõe mais desafios ao gestor da saúde, no que respeita aos hospitais com serviço de urgência?

Bloco IV – Como entende o espaço e o seu papel no planeamento em saúde

12. Acha que o espaço/território é/deveria ser visto como um ativo na rede de prestação de serviço público de saúde?
 - a. Se sim, como o define?
 - b. Como deveria estar presente nas estratégias em saúde?
13. Considera que alguma vez o espaço/território esteve presente nas políticas/estratégias para saúde em Portugal?
 - b. Se sim, quando e como?
 - c.

Bloco V – Futuro

14. Olhando para o futuro da AML, uma nova geografia da rede hospitalar se anuncia com o encerramento de hospitais na área central de Lisboa e abertura do “Hospital Lisboa Oriental”.
 - a. Como avalia os impactos territoriais dessa mudança?
15. Temos ainda previsto para 2021 a abertura do Hospital de Sintra.
 - a. Pensando na geografia dos cuidados hospitalares acha que podemos afirmar que o SNS caminha para a promoção de justiça do ponto de vista territorial?



Universidade de Lisboa
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
Doutoramento em Geografia Humana



IGOT
Instituto de Geografia e
Ordenamento do Território

Guião Entrevista – Paulo Telles – Hospital Fernando da Fonseca

Esta entrevista está inserida no Projecto de Doutoramento em desenvolvimento, no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT) da Universidade de Lisboa, intitulado: “Buscando a Justiça Espacial: um olhar sobre as urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa”. O serviço de urgência hospitalar é considerado um dos elos primordiais do sistema de saúde e ao mesmo tempo um dos mais desafiadores, em virtude da necessidade de respostas rápidas e eficientes para a manutenção da qualidade e da própria vida das pessoas, o que depende do pleno funcionamento de todos os outros elos. Contudo, estudar o setor das urgências implica compreendê-lo dentro de um sistema de saúde, com seus princípios e práticas reguladoras, e aqui insere-se o grande interesse desta entrevista. Julgamos tão fundamental, quanto compreender o setor das urgências, o entendimento daquelas que foram e são as bases de criação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, no qual, o setor das urgências está inserido.

I – Serviço Público de Urgência – Evolução e avaliação da geografia da rede

1. A primeira década deste século foi marcada por algumas mudanças no setor da saúde pública, nomeadamente, o setor das urgências, o qual recebeu bastante atenção, desde o final do século passado como demonstraram a criação da Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências em 1996, as propostas de requalificação de 2007, a definição e classificação dos pontos da rede de Referenciação de urgências e emergência em 2008 e a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência em 2011, para citar alguns.
 - a. Quais os desafios que o setor das urgências vinha colocando?
 - b. Considera que estes desafios foram ultrapassados e que hoje o setor coloca novos desafios? Quais?
 - c. Como o senhor avalia hoje o setor das urgências?

2. Fazendo um recorte para a Área Metropolitana de Lisboa, em termos de serviço público de urgência, as principais mudanças proposta pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU), da qual o senhor fez parte, foram: o encerramento da urgência geral do Hospital Curry Cabral e a inserção na rede dos Serviços de Urgência Básica de Sintra e Loures.
 - a. Considera que essas mudanças causaram impactos em termos territoriais sob sua área de influência?
 - b. Como o senhor avaliou o encerramento da urgência do Hospital Curry Cabral? O que efetivamente esteve na base da sugestão de encerramento daquele serviço?
3. Quais fatores pesam mais sobre a decisão de encerramento e abertura de uma unidade de saúde com serviço de urgência?
 - a. Considera que o espaço/território tem algum peso nesta decisão. Se sim, a partir de que dimensão?

II – A importância do espaço nas estratégias em saúde

4. Acha que o espaço/território é/deveria ser visto como um ativo na rede de prestação de serviço público de saúde?
 - a. Se sim, como o define?
 - b. Como deveria estar presente nas estratégias em saúde?
5. Considera que alguma vez o espaço/território esteve presente nas políticas/estratégias para saúde em Portugal?
 - a. Se sim, quando e como?
6. Do ponto de vista do espaço/território como avalia a evolução da rede de urgência na Área Metropolitana de Lisboa?
7. Na saúde pública ouve-se e lê-se o desejo pela busca do equilíbrio quase perfeito do quadrilátero qualidade, acessibilidade, equidade e racionalização de recursos.
 - a. Quais destas impõe mais desafios ao gestor da saúde, no que respeita aos hospitais com serviço de urgência?

III – Relação Público-Privado – Visão geral

8. Como avalia a relação público e privada na prestação e financiamento de serviço de saúde no âmbito do SNS?
 - a. Quais os pontos positivos e negativos?
 - b. Quais as diferenças essenciais entre estes dois setores?
 - c. Considera que o público deve funcionar em uma lógica diferente do setor privado? Em que aspetos?

IV – Crise e Serviço Público de Urgência

9. Como avalia o impacto da crise na saúde pública em Portugal?
 - a. Como o setor das urgências foi afetado?

V – Futuro

10. Considerando a geografia da rede do serviço de urgência atual o senhor acha que podemos falar em equidade territorial na AML?
11. Olhando para o futuro da AML, uma nova geografia da rede hospitalar se anuncia com o encerramento de hospitais na área central de Lisboa e abertura do “Hospital Lisboa Oriental”.
 - a. Como avalia o impacto territorial dessa mudança?
 - b. Acha que essa nova reconfiguração caminhará para SNS mais próximo de uma justiça do ponto de vista territorial?



**Universidade de Lisboa
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
Doutoramento em Geografia Humana**



IGOT
Instituto de Geografia e
Ordenamento do Território

Guião Entrevista – Grupo José de Mello (CUF)

Esta entrevista está inserida no Projecto de Doutoramento em desenvolvimento, no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT) da Universidade de Lisboa, intitulado: “Buscando a Justiça Espacial: um olhar sobre as urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa”. O serviço de urgência hospitalar é considerado um dos elos primordiais do sistema de saúde e ao mesmo tempo um dos mais desafiadores, em virtude da necessidade de respostas rápidas e eficientes para a manutenção da qualidade e da própria vida das pessoas, o que depende do pleno funcionamento de todos os outros elos. Embora a pesquisa esteja centrada no setor público, não ter nenhuma perspectiva do setor privado conduz a uma visão redutora e parcial do sistema de saúde em virtude da maior interpenetração entre os setores público e privado neste domínio. Diante disto, esta entrevista tem como objetivo conhecer melhor as bases do planeamento territorial e das opções locativas para a prestação do serviço privado de saúde em Portugal.

1. A primeira unidade de saúde do Grupo José de Mello Saúde (CUF), CUF Infante Santo, tem 73 anos no ramo da prestação privada de cuidados de saúde. Contudo, a expansão geográfica no ramo da saúde deu-se sobretudo a partir dos anos 2000. Que razões justificam o interesse pela expansão deste serviço?
2. A expansão geográfica das unidades de saúde do Grupo CUF tem sido crescente. Neste processo, destaca-se a primeira década do século XXI e os anos mais recentes. Parece-nos que a, diversificação geográfica se inicia em 2006, com a entrada do Grupo no Porto e, posteriormente, com a presença do Grupo em centros de menor dimensão, com o Hospital CUF Torres Vedras, em 2008. Como tem sido feita a escolha dos locais para abertura de novos empreendimentos de saúde do Grupo CUF? Que critérios são considerados como fundamentais? Há diferenças nas opções de localização metropolitanas e não metropolitanas?
3. Dois marcos importantes dos anos 2000 foram a construção de duas grandes unidades hospitalares com serviço de urgência, CUF Descobertas (2001) e CUF Cascais (2008), para não mencionar as aberturas de muitas clínicas no período mencionado, sobretudo na Área Metropolitana de Lisboa. Como se deu a escolha

- daqueles lugares para implantação dos Hospitais CUF Descobertas e CUF Cascais? Que especificidades associa a cada um destes lugares?
4. O que levou o Grupo CUF a acreditar que aqueles lugares eram os mais apropriados para o funcionamento de um grande hospital com serviço de urgência?
 5. A escolha dos lugares baseou-se em algum estudo prévio? Se sim, o que os estudos apontaram? E a questão das urgências, foi considerada nesses estudos?
 6. É possível apontar semelhanças nas características dos lugares escolhidos para abertura de um hospital CUF Saúde com serviço de urgência?
 - a. Se sim quais são essas características?
 - b. Se não, quais as especificidades dos lugares ocupados pelos hospitais CUF com serviço de urgências?
 7. Para um empreendedor do ramo da saúde privada o que se espera de um lugar “ótimo” para abertura de uma unidade hospitalar de grande porte com oferta de serviço de urgência?
 8. Pensando nos hospitais do grupo localizados na Área Metropolitana de Lisboa:
 - a. Que vantagens e que inconvenientes apresentam as atuais localizações?
 - b. Essas vantagens e inconvenientes refletem-se no serviço de urgências?
 9. Todos os novos empreendimentos estão a ser bem sucedidos em termos de prestação de serviços e de rentabilidade económica? Se há diferenças, a que fatores atribui essas diferenças?
 10. Que importância atribui ao lugar/localização dos hospitais e à sua envolvente no sucesso dos empreendimentos? Esta importância também se aplica ao serviço de urgências?
 11. Neste momento, o Grupo CUF demonstra que o processo de expansão é uma estratégia global do Grupo. Até 2020, a Área Metropolitana de Lisboa terá mais dois grandes hospitais, a CUF Sintra e a CUF Tejo, tendo este último projeto de atender clientes de todo o país (sem falar na Construção em andamento do Hospital CUF Leiria com previsão de abertura para 2019). Que razões estão na base da escolha dos sítios onde se vão implantar os projetos CUF Tejo e CUF Sintra?
 - a. Consideram a CUF Infante Santo um encerramento ou uma mera deslocalização do empreendimento em virtude da abertura da CUF Tejo?
 - b. Quais as razões deste encerramento ou deslocalização?

- c. Estão previstos outros encerramentos ou deslocalizações dentro do Grupo?
- 12. Num futuro mais distante, que espaços da cidade de Lisboa, da AML e do país podem interessar o Grupo CUF para a expansão da rede de equipamentos de saúde (hospitais, clínicas,...)?
- 13. Pensando nos hospitais da rede CUF com serviço de urgência na AML (CUF Descobertas, CUF Infante Santo e CUF Cascais):
 - a. Qual a área de influência esperada e a alcançada na prestação de serviço de urgência destes hospitais?
 - b. Quais as origens geográficas dos pacientes atendidos nos serviços de urgências?
 - c. Que tipo de transporte acha que é mais utilizado pelos utentes que são atendidos por este serviço?
 - d. Considera os serviços de urgências daqueles hospitais acessíveis do ponto de vista da rede de transportes?
- 14. Sabendo que a afluência de pessoas nos serviços de urgências pode variar em função de diferentes horários do dia, dias semana ou finais de semana, existe alguma estratégia para responder aos períodos/dias “atípicos”?
- 15. Como é que o Grupo desenhou/concebeu o serviço de urgência hospitalar (tipo de urgências, serviços prestados, relação com o setor público, ...) e que papel desempenha este serviço nos resultados económicos dos equipamentos?
- 16. Na prestação do serviço de urgência hospitalar a estratégia do Grupo distingue-se em alguma coisa dos restantes grupos privados que operam na AML? E do setor público?
- 17. Como perspetivam a relação entre o setor privado e público na prestação do serviço de urgência hospitalar na AML?
- 18. O espaço/território é visto como um ativo na rede hospitalar do Grupo? Se sim como o definem? Como é que este se manifesta na estratégia do Grupo?



Universidade de Lisboa
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
Doutoramento em Geografia Humana



IGOT
Instituto de Geografia e
Ordenamento do Território

Guião Entrevista – Comissão de Utente de Transporte de Odivelas

Esta entrevista está inserida no Projeto de Doutoramento em desenvolvimento, no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT) da Universidade de Lisboa, intitulado: “Buscando a Justiça Espacial: um olhar sobre as urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa”. O serviço de urgência hospitalar é considerado um dos elos primordiais do sistema de saúde e ao mesmo tempo um dos mais desafiadores, em virtude da necessidade de respostas rápidas e eficientes para a manutenção da qualidade e da própria vida das pessoas, assumindo a discussão sobre o acesso aos serviços de urgência um papel muito relevante. Neste quadro, um dos grandes objetivos da tese em andamento é analisar as mudanças na geografia dos serviços de urgência na AML e relacioná-las ao acesso aqueles serviços. Deste modo, esta entrevista tem como objetivo conhecer como avaliam o acesso, via transporte público, ao serviço de urgência que atende os residentes do concelho de Odivelas.

1. Como avalia a rede de transporte público no concelho de Odivelas?
2. Considera que a forma como a rede está organizada (número de carreiras, frequência e horários) atende as necessidades dos residentes do concelho de Odivelas?
3. Como avalia o acesso via transporte público ao hospital Beatriz Ângelo?
4. Foi noticiado que a abertura do Hospital Beatriz Ângelo foi acompanhada de uma manifestação organizada pela Comissão de Utente de Transporte de Odivelas e pelo Movimento Mais Saúde de Odivelas.
 - a. O que estavam efetivamente reivindicando?
 - b. O que foi sugerido pela Comissão de Utente de Transporte Público de Odivelas para melhorar o acesso ao hospital Beatriz Ângelo?
 - c. A reivindicação foi atendida por parte dos poderes públicos?
5. Que percurso é realizado de transporte público para aceder àquele hospital?

6. Levando em conta o acesso ao hospital Beatriz Ângelo considera que a situação atual da rede de transportes públicos em Odivelas pode ser considerada uma barreira ao acesso àquele hospital?
7. Antes da abertura do Beatriz Ângelo, quando necessitavam de serviço de urgência, para onde se dirigiam os residentes do concelho de Odivelas que utilizam serviço público de saúde?
 - a. considera que o acesso ao serviço de urgência era melhor antes ou agora, após a abertura do Beatriz Ângelo?
8. Acha que parte dos residentes do concelho de Odivelas deixa de utilizar o serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo devido ao acesso via transporte público?
 - a. Se sim, que outra urgência acha que é utilizada?
 - b. É mais fácil, com uso de transportes públicos, se dirigir a outra unidade de saúde com serviço de urgência?
9. Que estratégias acha que os residentes de Odivelas, que dependem de transportes públicos, utilizam para aceder ao serviço de urgência do Beatriz Ângelo?
10. Levando em conta a utilização de transportes públicos, considera que todos os utentes que necessitam do serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo são afetados da mesma forma ou pode haver algum grupo social mais impactado?
 - a. Que grupo(s)? Porquê?
11. Considera que alguma parte do concelho de Odivelas tem claramente mais dificuldades no acesso, via transporte público, ao hospital Beatriz Ângelo?
 - a. Qual(is)? Porquê?
 - b. E as áreas com melhores acessos?
12. A Comissão de Utente de Transporte de Odivelas dialoga com outras organizações, como, por exemplo, com o movimento Mais Saúde? Quais?

Anexo 4. Reformas da saúde em Portugal entre o século XIX e 1974.

Reformas na saúde	Principais transformações decorrentes	Contributos para a Reforma posterior	O que correu menos bem...
Reforma Ricardo Jorge (Final do século XIX e início do sec. XX) “Beneficência”	<ul style="list-style-type: none"> *Criação da Direção-Geral de Saúde no âmbito do Ministério Interior (anteriormente era Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública); *Criação da Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Saúde; *Criação dos cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária; *Criação das autoridades médicas de saúde nos distritos e concelhos; *Poem-se em prática medidas relacionadas a vigilância sanitária; 	<ul style="list-style-type: none"> *Com esta reforma é lançada as bases para a construção de um movimento ligado a saúde pública – sendo considerado o “embrião” do sanitarismo moderno (Ferreira, 1990). 	<ul style="list-style-type: none"> *Considerada fase da beneficência, não tendo esta reforma previsto assistência médica à população. *O Estado tinha papel de suplementar as iniciativas particulares.
Reforma Trigo de Negreiros 1945 (Assistência)	<ul style="list-style-type: none"> *Criação da Direção-Geral da Saúde com funções de executar ações educativas e preventivas e de fiscalização sanitária; *Criação da Direção-Geral da Assistência responsável pela administração dos hospitais e sanatórios; *Criação do Ministério da Saúde e Assistência; *Criação de uma delegação de saúde por distrito e de uma subdelegação de saúde por concelho; *Cria-se a Federação das Caixas de Previdência (sistema de seguro doença para trabalhadores)⁷⁶; *Reza autonomia técnica e administrativa para os Hospitais Cíveis e o Hospital da Universidade de Coimbra; *Uniformização do funcionamento dos hospitais com a publicação do Estatuto Hospitalar; *Criação da chamada “Regionalização hospitalar⁷⁷”; *Centralização dos cuidados curativos (antes ligados aos sindicatos). 	<ul style="list-style-type: none"> *São definidos os três objectivos da política de saúde: assistência preventiva, paliativa e curativa, lançando as bases do que viria a ser os pilares da saúde: prevenção, tratamento e recuperação em saúde; *Descentralização de poder nas instituições de saúde, aumentando o poder executivo e garantindo mais liberdade nas intervenções. 	<ul style="list-style-type: none"> *Independência das instituições de saúde dificultou a união de esforços para campanhas coordenadas de combate a doenças específicas (lepra, paludismo, etc.) *Não criação de órgãos ligados a administração regional, aparecendo apenas em 1959 (Lisboa e Porto) e em 1961 (Coimbra); *Existência de subsistemas de saúde independentes gerando competitividade e barreiras a formação de equipas

⁷⁶ Contudo, foi somente a partir de 1963 que em Portugal é criado um regime no âmbito da saúde capaz de abranger toda a população ativa e data também deste período a criação de regimes especiais com cobertura para funcionários públicos e outros grupos.

⁷⁷ Pregava que os hospitais deveriam cooperar entre si e agrupar-se nas circunscrições do concelho, distrito e conjunto de distritos (Campos, 1983).

			interdisciplinares (Ferreira, 1990).
Reforma Gonçalves Ferreira (1971)	<ul style="list-style-type: none"> *Ganhou prioridade temas como a promoção de saúde e prevenção de doenças, mais tarde apontada na Conferência de Alma-Ata; *Criação dos Centros de Saúde⁷⁸; *Reza que o acesso ao serviço de saúde só se restringe a limites de recursos humanos, financeiros e técnicos; *Instauração de uma política unitária, a nível nacional, de saúde; *Necessidade de criação de um Sistema Nacional de Saúde; *A saúde é reconhecida como um direito e é delineado esforços legislativo e administrativo para fazer chegar a todos; *Responsabilização do Estado enquanto promotor, difusor e executor das políticas em saúde; *Criação do Instituto Nacional de Saúde, o Gabinete de Estudos e Planeamento e a Secretaria-Geral; *Criadas carreiras de profissionais ligados a saúde (enfermagem, farmacêutica, terapeutas, serviço social, auxiliares de laboratório e sanitários e administração hospitalar); *Os cuidados primários associados a prevenção; 	<ul style="list-style-type: none"> *Reforço da intervenção do Estado no setor da saúde; *Estruturação das carreiras dos profissionais de saúde *As reformas de 1971 constitui um esboço do que viria a ser o Serviço Nacional de Saúde (OPSS, 2002); *Antecipou preocupações no âmbito da saúde primária que só viriam a ser contempladas sete anos depois com a Conferência de Alma-Ata. *O objetivo esteve assentado em melhorar o acesso aos cuidados de saúde do ponto de vista financeiro e geográfico (Baganha et al., 2002); *Reforço da descentralização – rezou a participação dos utentes nos programas relativos a saúde; *Procura concretizar o conceito de saúde apontado pela OMS em 1947 (visão holística da pessoa); *Grande atenção aos determinantes em saúde; *Melhoria dos índices sanitários no País. 	<ul style="list-style-type: none"> *Falta de vontade política para executar as reformas propostas.

⁷⁸ Em 1973 Portugal já contava com 300 Centros de Saúde. (Miguel, 2008).

